FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1919 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles DUROSELLE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

PÉRICOLITES

ET

APPENDICITE CHRONIQUE

(Anatomie pathologique et Traitement)

Président : M. LEJARS, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	N.
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	N.
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE
BERNARD
BRANCA
BRUMPT
CAMUS
CASTAIGNE
CHAMPY
CHEVASSU
DESMAREST
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
JEANNIN
JOUSSET (A.)
LABBE (H.)
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS
LECENE
LEMIERRE
LENORMANT
LEQUEUX
LEREBOULLET
LERY
LOEPER
MAILLARD
MOCQUOT
MULON
NICLOUX
NOBECOURT
OKINCZYC
OMBREDANNE
RATHERY
RETTERER
RIBIERRE
RICHAUD
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ (A.
SICARD
TANON
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET
ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A Monsieur le Professeur agrégé WALTHER

Membre de l'Académie de Médecine

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

A MES MAÎTRES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS

A Monsieur le Docteur MOULONGUET
Directeur honoraire de l'Ecole de Médecine

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Externat:

Monsieur le le Docteur ARROU
Monsieur le Docteur CAUSSADE

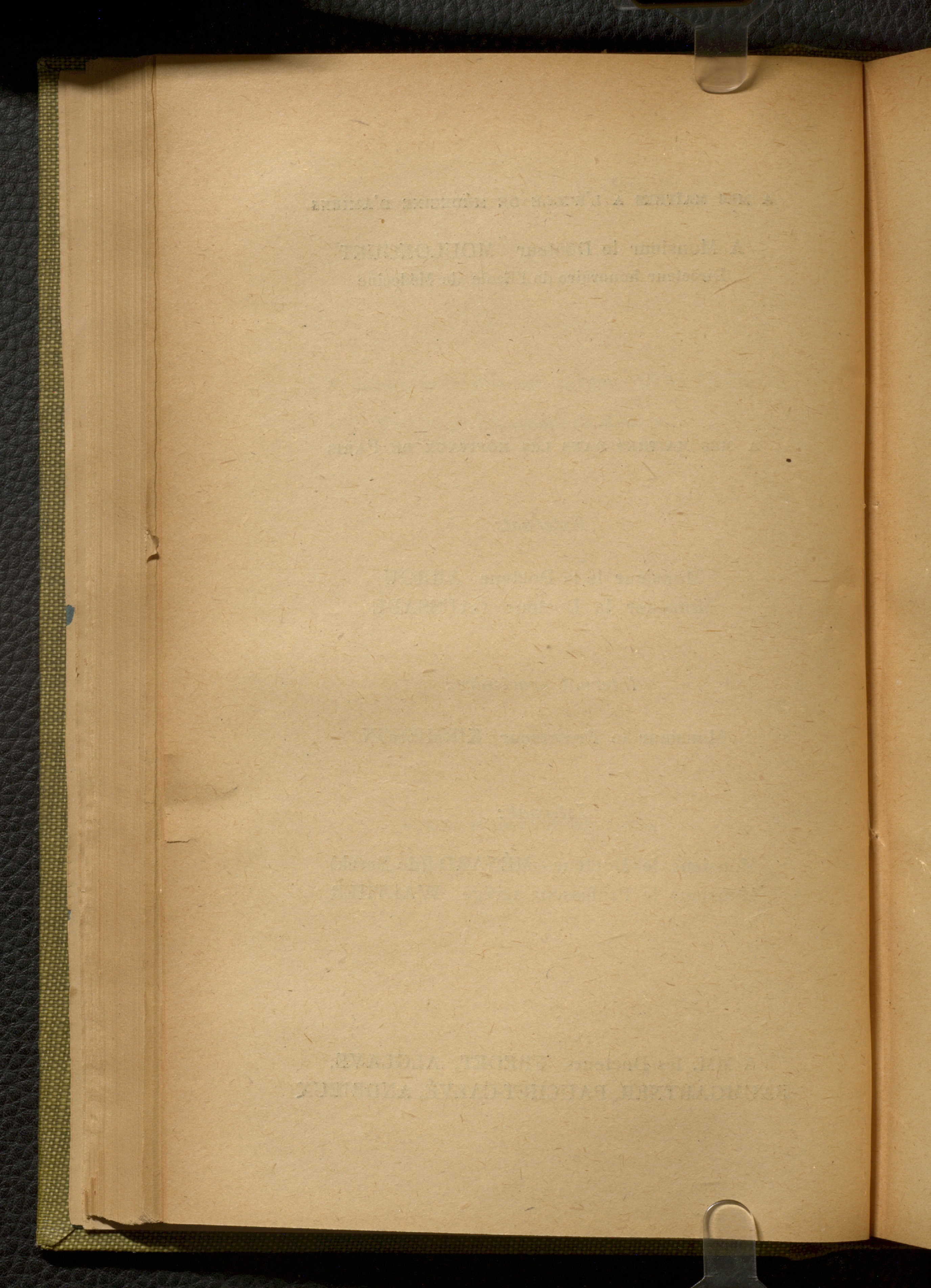
Internat provisoire :

Monsieur le Professeur KIRMISSON

Internat :

Monsieur le Docteur MÉNARD (de Berck)
Monsieur le Professeur agrégé WALTHER

A MM. les Docteurs FREDET, ALGLAVE,
BAUMGARTNER, PAUCHET-CALVÉ, ANDRIEUX



PÉRICOLITES
ET
APPENDICITE CHRONIQUE

(Anatomie pathologique et Traitement)

INTRODUCTION

L'histoire de l'appendicite peut se résumer en trois phases : elle est d'abord connue par ses complications : péritonite et phlegmon de la fosse iliaque droite. Puis on étudie la crise aiguë avec ses nombreuses formes cliniques, sa symptomatologie nette, les lésions qui lui correspondent, son traitement chirurgical précoce, médical, chirurgical tardif. Enfin la notion s'établit que ces crises elles-mêmes ne sont que des complications de l'*appendicite chronique*, qui précède toujours l'appendicite aiguë, lui préparant le terrain par folliculite et sclérose du vermium, évoluant souvent avec une symptomatologie atténuée ; et Broca a pu dire que « l'appendicite devient une lésion chronique sur laquelle viennent se greffer des épisodes aigus ».

C'est à l'Ecole française que revient le mérite de cette conception basée sur les observations de Brun en 1897, Walther en 1898 et sur les examens histologiques de Letulle et Weinberg.

Mais si « l'appendicite chronique lésion » est admise par tout le monde, « l'appendicite chronique maladie » à symptomatologie spéciale, rencontre bien des adversaires et suscite des discussions passionnées (Société médicale des Hôpitaux, 1903 ; Académie de médecine, mai 1906 ; Société médicale des Hôpitaux, janvier 1911). C'est qu'en effet, la question est autrement complexe que celle de la crise aiguë à symptomatologie si nette.

Ici, au contraire, les formes cliniques sont multiples, simulatrices, sournoises, les signes physiques sont peu accusés, la douleur à la fosse iliaque peut même manquer.

Aussi, bien des médecins hésitent à attribuer à la folliculite, ou à la sclérose de ce petit organe des troubles si divers et d'une importance aussi disproportionnée souvent à la cause qu'on prétend leur donner. Ils préfèrent parler d'entérite, de colopathie muco-membraneuse, de ptose, de gastrite, de cholémie, d'adénoïdisme, d'hystérie, etc...

Il faut avouer d'ailleurs que des insuccès thérapeutiques trop nombreux sont venus étayer cette réaction et beaucoup d'opérés pour appendicite chronique souffrent après comme avant l'intervention. C'est en s'appuyant sur ces échecs qu'on a conclu à l'erreur de diagnostic et à l'inexistence de l'appendicite chronique.

Cependant il est incontestable qu'il y a un syndrome, fait de troubles digestifs, de symptômes d'intoxication et d'infection chroniques, d'amaigris-

sement, de pertes de forces, de douleurs abdominales souvent à droite ou autour de l'ombilic, qui évolue d'une façon progressive ou avec de petites poussées où certains symptômes s'accusent, et qui aboutit fréquemment à la crise aiguë franche, qui vient lever les doutes.

Ce syndrome, que nous appelons « appendicite chronique », on pourrait aussi bien le nommer « syndrome iliaque droit », car c'est là que siègent les lésions ; souvent à l'appendice et ce sont d'ailleurs celles-ci qui commandent le pronostic et imposent l'intervention si elles n'expliquent pas tous les symptômes, mais souvent aussi et surajoutées à l'appendicite, c'est dans cette portion droite de l'abdomen qu'il y a des lésions accessoires du côlon et de l'épiploon contribuant pour une part quelquefois très large au tableau clinique et expliquant les insuccès d'une thérapeutique chirurgicale trop timide qui les néglige et se contente de l'ablation du seul appendice dans une intervention rapide, brillante, mais presque inutile.

Le terme d'appendicite chronique a l'avantage d'attirer l'attention sur l'organe dangereux, celui qui se perfore, mais il risque aussi de concentrer sur lui seul d'une manière trop injuste les soins du chirurgien.

Le terme de syndrome iliaque plus modeste, sans prétendre à la précision clinique, a l'avantage d'inciter à des recherches plus étendues qu'il ne faut pas hésiter dans certains cas à pousser jusqu'à la vésicule

et au pylore et dans d'autres jusqu'à l'utérus et ses annexes.

C'est dans cet esprit qu'il faut comprendre l'appendicite chronique et sa thérapeutique chirurgicale : syndrome clinique causé par la souffrance de l'appendice seul ou de cet organe et du côlon droit, de la terminaison du grêle et de l'épiploon. C'est la conception de M. Walther, qui depuis 1898 s'est appliqué à montrer le rôle de l'infection chronique de l'épiploon, son association à l'appendicite, ses relations avec la colite, les troubles qu'elle apporte à l'évacuation du côlon par brides, coudurès, lames péricoliques.

Après lui des chirurgiens en Allemagne, en Angleterre, en Amérique, déçus par des insuccès thérapeutiques se mirent à explorer systématiquement la fosse iliaque au cours des interventions pour appendicite chronique, et c'est ainsi que naquirent les théories du « cæcum mobile », de la « typhlatonie », de la « torsion du cæcum », et celle de la « stase intestinale chronique » de Lane, plus générale puisqu'elle envisage les causes de rétention dans tous les segments du tube digestif, mais se rapprochant par plus d'un point de l'appendicite chronique, théorie qui jouit actuellement d'une vogue qui serait bien justifiée, si les opérations que son auteur préconise : anastomoses et colectomie, étaient aussi bénignes que faciles à exécuter.

Nous étudierons rapidement l'anatomie du colon

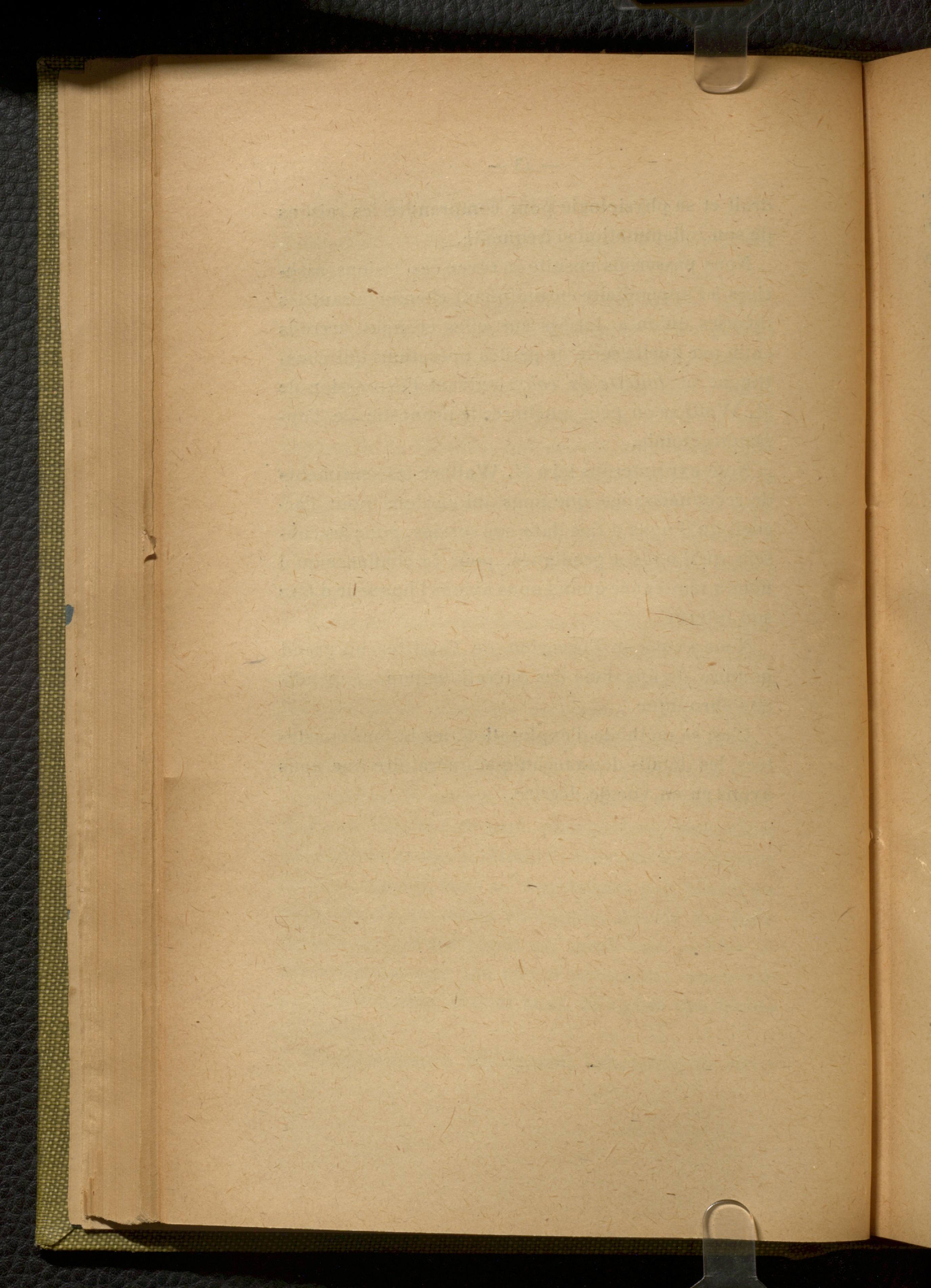
droit et sa physiologie pour comprendre les raisons de son inflammation si fréquente.

Nous passerons ensuite en revue ces lésions associées à l'appendicite en indiquant chemin faisant les théories qu'on a basées sur elles et nous verrons enfin par quelle série de petites opérations qui constituent la *toilette du colon* suivant l'expression de M. Walther on peut améliorer le pronostic de l'appendicectomie.

Nous exprimerons ici à M. Walther les sentiments de reconnaissance que nous lui gardons pour l'accueil qu'il nous a fait dans son service, pour les conseils qu'il nous a prodigués, pour la confiance qu'il nous a témoignée quand nous avions l'honneur d'être son interne.

Nous avons eu l'occasion de l'assister un grand nombre de fois dans des opérations pour appendicite chronique.

C'est sa méthode d'exploration, les lésions constatées, les détails de sa technique opératoire que nous avons eu en vue de décrire.



CHAPITRE PREMIER

I. — Anatomie du côlon droit

Sous ce nom nous entendons le cæcum, l'ascendant, l'angle hépatique et la portion initiale du transverse, qui forment un tout inséparable tant au point de vue anatomique que physiologique et pathologique.

Dans son ensemble il s'oppose d'une façon bien nette au côlon gauche qui est long, rectiligne, sans coudure, vertical et profond, relativement grêle. Le droit au contraire est court, volumineux, contourné sur lui-même, superficiel surtout à sa partie inférieure. C'est un segment de stase par opposition au côlon gauche qui est un segment de transit.

Le cæcum, forme une poche plus ou moins volumineuse, située superficiellement dans la fosse iliaque, en rapport le plus souvent avec la paroi abdominale antérieure.

Son axe est oblique en haut en dehors et en arrière, sa hauteur moyenne est de 6 centimètres et sa capacité de 200 à 300 centimètres cubes. Il augmente avec l'âge, cependant Legueu a rencontré chez des enfants des cæcum de 7 à 8 centimètres. Lardennois

cite un cas de cæcum de 13 centimètres de hauteur et de 700 centimètres cubes de capacité ; et sur 80 sujets il rencontre cinq fois des cas de dilatation comparable avec 9 cas supplémentaires de ptose intrapelvienne. Alglave, sur 100 sujets, constate dix-sept fois que le cæcum est appuyé sur la paroi pelvienne et six fois tombé dans le Douglas. Donc le cæcum est souvent ptosé et dilaté et c'est sur ces dispositions anatomiques que Klose, Fischler, Wilms ont basé leurs théories que nous étudierons plus bas.

Dans d'autres cas, le cæcum peut être au contraire haut situé dans la fosse lombaire, sous le foie et nous verrons que ces diverses positions s'expliquent pas un arrêt ou un excès dans l'évolution naturelle de cet organe.

Nous n'avons pas à décrire ici les diverses situations de l'appendice qui est appendu au flanc postéro-interne du cœcum. Nous voulons simplement signaler qu'un appendice retrocolique avec méso particulièrement court peut être la cause de la coudure du cæcum dont la partie adjacente à la base de l'appendice est ainsi maintenue dans une position fixe, tandis que sa partie antérieure ou externe se ptose ou se dilate, déterminant une déformation en crosse de l'organe qui peut être une cause de stase.

Le côlon ascendant oblique en haut et en arrière, a une longueur qui varie de 10 à 29 centimètres d'après Cohan, en rapport avec le degré de descente du cæcum.

Il commence au niveau de l'horizontale qui passe par la valvule de Banhin, terminaison du grêle, qui siège à la partie inférieure de l'articulation sacro-iliaque,et à quelques centimètres en dehors d'elle.

Il se termine au niveau de l'angle hépatique, qui probablement à cause de la présence du foie, siège beaucoup plus bas que l'angle gauche, splénique. L'angle droit dépasse peu la crête iliaque postérieure. Les radiographies et les radioscopies montrent la fréquence de cette disposition,où les deux extrémités du côlon ascendant ne sont ainsi distantes que de 8 à 10 centimètres ; et c'est à cette longueur que doit s'accomoder un segment de 10 à 30 centimètres. Il ne peut donc le faire qu'en se pliant sur lui-même de différentes manières.

Quelquefois il décrit une large courbe à concavité interne, ou bien il se coude deux fois dans le sens transversal. Plus souvent il décrit des flexuosités dans le plan sagittal.Leur disposition nous font entrevoir une nouvelle cause de stase dans ce segment contourné, et fixé dans cette position par ses adhérences postérieures.

Une autre cause de plicature peut encore venir s'ajouter à celles que nous venons de décrire : c'est la ptose du rein droit si fréquente chez les femmes. On connaît les rapports de l'angle droit avec le pôle inférieur du rein, auquel il est fixé par le fascia de Toldt. L'angle droit l'accompagne dans sa chute contrairement à l'opinion de Legueu, qui pense que le rein peut glisser librement sous le péritoine. Alglave

a trouvé cette disposition vicieuse du colon ascendant provoqué par l'abaissement du rein droit quatre fois sur 16 sujets et il note, fait des plus intéressants, la présence de nombreuses adhérences épiploïques souvent converties en brides fibreuses autour des parties coudées du côlon ascendant, et qui le masquent lors de l'ouverture de la cavité abdominale.

L'angle droit dont nous venons de voir la situation par rapport au squelette peut encore ajouter par ses courbures à la difficulté du transit. Il est formé par la portion terminale du côlon ascendant et par la portion initiale, fixée, du côlon tranverse. Chez l'adulte, d'après Buy, il est situé au niveau du tiers inférieur et externe du rein droit, dont le pôle inférieur apparaît un peu au-dessous et en dedans de l'angle.

De là, le côlon se dirige en dedans et un peu en haut, croisant la face antérieure du rein, puis la deuxième portion du duodenum. A ce niveau, le meso-côlon transverse a une hauteur nulle ; le segment transversal de l'angle droit est donc bien fixé, mais à partir du bord gauche de la deuxième portion du duodenum il n'en est plus de même. Le méso-côlon apparaît d'emblée assez haut et le segment de côlon transverse qui lui correspond retombe et se plie sur le segment fixe prérenal et préduodénal. En sorte que l'angle droit est formé de deux courbures : l'une externe rénale formée par le côlon ascendant et la portion fixe du transverse, l'autre interne duodénale

formée par les deux segments fixe et mobile du côlon transverse.

Les moyens de fixité du côlon droit vont nous expliquer dans une certaine mesure la formation des brides, des coudures, des lames péricoliques, qui ajoutent aux dispositions anatomiques que nous venons d'étudier, de nouvelles causes de stase.

Développement du côlon droit. — Sans entrer dans les détails de ce développement, il nous faut rappeler ici que la terminaison du grêle et le côlon jusqu'à l'angle splénique se forment aux dépens de la branche inférieure ou ascendante de l'anse intestinale primitive, rattachée à la paroi postérieure par le mesentère commun contenant l'artère mésentérique supérieure, qui en constitue l'axe.

Cette anse, tournant en sens inverse des aiguilles d'une montre autour de son axe vasculaire, amène à gauche l'angle duodéno-jéjunal qui a passé sous l'artère, à gauche également l'angle splénique qui reste au-dessus d'elle, tandis que l'angle iléo-cæcal se porte à droite sous le foie et descend progressivement dans la fosse iliaque, en même temps qu'apparaissent le cæcum et l'appendice, sous forme d'une évagination latérale de l'intestin. Un arrêt dans cette migration, ou un excès, expliquent les anomalies de position du cæcum. Dans cette nouvelle position, l'anse est encore flottante, mais bientôt son méso se fixe à la paroi postérieure le long de la mésentérique supérieure. Cet accolement linéaire, médian et vertical divise donc le mésentère commun en une por-

tion gauche qui restera flottante, futur mésentère proprement dit dans sa presque totalité, et une portion droite correspondant à la terminaison du grêle et à ce qu'on appelle le côlon oblique (côlons ascendant et transverse) et qui s'accolera de gauche à droite et de haut en bas. Un arrêt dans ce processus de coalescence explique la formation d'un méso-côlon ascendant qui devient flottant ainsi que le cæcum, mais en général il se poursuit jusqu'à lui, en sorte que ce segment intestinal paraît rétropéritonéal; le feuillet visceral qui le recouvre se continuant au niveau de son bord droit avec le feuillet de la paroi. On peut tirer de l'étude de cette évolution deux conclusions :

1° Le cæcum, diverticule latéral de l'intestin, n'a pas de méso, il flotte le plus souvent librement, la main peut en faire le tour. Il n'est fixé à la paroi de la fosse iliaque que lorsque le processus de coalescence s'est anormalement étendu vers le bas. Entre ces deux cas extrêmes : cæcum complètement libre, qui est la règle pour Tuffier, et cæcum entièrement fixé d'apparence rétro-péritonéale, il y a des dispositions intermédiaires où un accolement incomplet explique l'existence de ces ligaments cæcaux qui limitent une fossette rétro-cæcale.

Ces ligaments atteignent d'ailleurs rarement le cæcum, pour Alglave, et c'est au niveau du côlon ascendant qu'on peut les rencontrer au cas de soudure incomplète.

L'adhérence peut être unique, médiane et posté-

rieurc ; elle peut être latérale et externe portant alors le nom de : ligament intestinal cæcal de Huschke, ligament cæcal supérieur de Tuffier, ligament pleuro-colique de Lauger, pariéto-colique de Jonnesco.

Est-elle latérale et interne ? elle est désignée « plica iléo-inguinalis (Engel), « ligament cæcal inférieur » (Tuffier, « mésentérico-iliaque » (Jonesco) « mésentérico-pariétal » (Frédet).

L'adhérence peut encore être double comme au niveau du cæcum avec ici formation d'une fossette rétro-colique.

Quels que soient les noms de ces ligaments, leur nombre, et leur disposition, on voit qu'il y a, pour le côlon ascendant et quelquefois pour le cæcum, des brides qui les rattachent à la paroi postérieure, qui peuvent les tirailler et les couder plus ou moins, surtout si ces segments sont distendus.

Si même la coalescence est complète jusqu'au bord externe du côlon lombaire, il peut se former « des plis marginaux qui apparaissent à sa jonction avec le péritoine libre quand les segments déclives se distendent, soit en dehors — ligaments externes, — soit en dedans — ligaments internes, — provoquant quelquefois la formation d'une coudure iléale, à la jonction des segments accolés et non accolés du mésentère primitif » (Descomps).

C'est sur ces plis marginaux que Lane a insisté et sur leur développement mécanique, réaction à la ptose des viscères surchargés. Il ne faut pas les confondre avec des adhérences inflammatoires. « Ces

plis, qui intéressent à la fois le fascia d'accollement et le péritoine libre voisin, dans leur zone de jonction, représentent cependant des épaississements anormaux, pathologiques dès qu'ils deviennent permanents, résistants, ligamenteux, dès qu'ils sont devenus des agents de coudure et de stase. On peut dire qu'ils représentent une première variété de péricolite par plicature péricolique, variété postérieure, rétro-colique en quelque sorte, à laquelle s'oppose anatomiquement une seconde variété de péricolite par plicature précolique, variété antérieure, précolique en quelque sorte, dont nous allons parler et qui est, celle-ci d'origine mentale » (Descomps).

2° Nous avons vu que la plus grande partie du grêle se développait aux dépens de la branche supérieure ou descendante de l'anse intestinale primitive. Seule sa partie terminale, qui représenterait chez l'adulte 70 à 90 centimètres pour Lardennois et Ockinczie, proviendrait de la portion initiale de la branche inférieure ou ascendante.

Ces deux segments ont donc une évolution différente puisque le mésentère de la branche supérieure reste flottant tandis que le méso de la branche inférieure s'accole. Le mésentère définitif aurait donc deux zones : l'une libre, l'autre soudée et la racine du mésentère deux portions : la première verticale et médiane, correspondant à l'artère mésentérique, la seconde oblique en bas et à droite, correspondant à la limite d'accolement du méso grêle terminal depuis

la terminaison de la mésentérique supérieure jusqu'à l'angle iléo-cæcal. En réalité, seuls les 15 ou 20 derniers centimètres de l'iléon sont fixés à la paroi postérieure ; il en résulte qu'entre la portion fixe et la portion mobile peut se former une coudure sur laquelle Lane a insisté.

Mais il semble que cette coudure, si elle se produit, ne doive pas se faire en un point quelconque de la terminaison du grêle, mais que, en outre de la limite de coalescence, la disposition des vaisseaux joue aussi un rôle dans sa localisation.

On sait, d'après les travaux de Lardennois et Ockinczic et ceux de Descomps, que les vaisseaux mésentériques supérieurs s'arrêtent à distance de l'angle iléo-cæcal et que la circulation de l' « iléon terminal » est assurée par une arcade anastomotique entre la terminaison de la mésentérique et une iléale, branche du tronc « iléo-colo cæco appendiculaire » (Descomps), dont la branche appendiculaire passe derrière l'iléon plus ou moins près de l'angle suivant la situation de l'appendice. La zone de résistance à la ptose pourra se faire de préférence au niveau de ces vaisseaux, en sorte que le cæcum et la terminaison du grêle tombant vers le bassin d'un côté, le grêle flottant tombant également de l'autre côté, ce sera la zone d'attache qui contient un de ces groupes de vaisseaux qui restera fixe et qui formera le sommet de la plicature siégeant ainsi soit très près du cæcum, si la lame de résistance s'organise autour de l'artère appendiculaire, soit plus à gauche à 10 ou

15 centimètres, si l'axe de ce ligament mécanique est formé par les vaisseaux iléaux, ou la terminaison de la mésentérique, ou le sommet de l'anse anastomotique elle-même.

Ces considérations ne sont peut-être pas aussi théoriques qu'elles puissent le paraître au premier abord ; car elles pourraient servir à reconnaître la nature purement mécanique de ces brides vasculaires et à les différencier des formations inflammatoires qu'on peut rencontrer à ce niveau et qui elles sont le plus souvent causées par l'appendicite.

Si l'étude de la fixation du côlon nous apporte quelques éclaircissements sur la formation des brides mécaniques formant un type de « péricolite postérieure », suivant l'expression de M. Descomps, le développement de l'épiploon va nous expliquer « la péricolite antérieure », d'origine mentale, sans préjuger d'ailleurs de sa nature congénitale, mécanique ou inflammatoire.

II. — Anatomie de l'Epiploon.

Le diverticule mental de la bourse mésogastrique, forme une poche qui descend progressivement au-dessous de l'estomac, atteint et dépasse le côlon transverse au-devant duquel il s'étale, atteignant les côlons droit et gauche. Il recouvre souvent l'angle droit, le côlon ascendant et le cæcum.

Il est formé de deux lames, chacune à deux feuillets, l'une postérieure ou directe, l'autre antérieure

ou réfléchie qui délimitent une cavité fermée en bas et sur les côtés par leur continuité. Cette poche pousse des diverticules à gauche et surtout à droite.

Le diverticule droit, omentum colicum de Haller, se développerait au septième mois pour Pérignon et recouvrirait bientôt la courbure hépatique, le côlon ascendant et même le cæcum.

Leveuf l'a trouvé bien développé, formant une vaste lame vascularisée dans 4 cas sur 50 enfants morts à la naissance, et dans l'ensemble, il en trouve des vestiges à la naissance dans 38 o/o des cas. Sorrel l'a rencontré deux fois sur 15 fœtus de 8 à 42 centimètres.

Primitivement, sa cavité communique largement avec celle du sac épiploïque, puis les deux feuillets se fusionnent et la lame postérieure se soude au péritoine sous-jacent : au mésoduodénum, à l'angle hépatique du côlon et à la paroi abdominale postérieure : ainsi se forme comme à gauche un ligament colique droit d'origine épiploïque.

C'est la théorie classique de la formation du ligament gastro-colique de Jonnesco contre laquelle s'élève Wiart.

C'est une lame, qui transparente et souple chez le nouveau né, s'épaissit, devient fibreuse par places chez l'adulte et unit l'extrémité droite du grand épiploon et le coude droit à la paroi latérale.

« Parfois l'attache ligamenteuse part d'une partie du côlon plus ou moins éloignée du coude droit et atteint la paroi latérale en passant le plus souvent

en avant de l'extrémité supérieure du côlon ascendant ». Dans un cas, un ligament colique droit de cette nature comprimait au niveau de son passage le côlon ascendant et le côlon transverse (ce dernier était déplacé en u) ; d'où une série de grosses ampoules gazeuses ».

Cette description correspond tout à fait à cette formation pathologique que M. Walther appelle la « corde prérénale » à cause de son attache externe qui cravate le côlon ascendant plus ou moins près de l'angle et qui vient rejoindre l'épiploon dont elle semble constituer un prolongement.

A ce ligament principal de l'angle droit s'ajoutent d'autres lames péritonéales : *le ligament hépato-colique*, *le ligament cystico-colique*, *le ligament duodéno-colique* qui ne sont plus d'origine épiploïque mais qui peuvent s'épaissir également, s'enflammer, se rétracter et être une cause de coudure et d'étranglement du côlon droit.

D'autres formations d'ailleurs pourraient dériver encore de la poche omentale et pour Leveuf qui développe cette théorie congénitale de la péricolite antérieure après Marshall Flint, la lame de Jackson décrite antérieurement par Jalaguier et par Walther sous le nom de *double voile membraneux* serait un dérivé du diverticule droit de même que la *lame fixatrice de l'angle,* qui pour Buy ne se développerait que chez les ptosiques et serait une formation acquise. Cette lame ne se rencontrerait pas chez le nouveau-né, serait rare chez les sujets normaux, elle se verrait

surtout dans les cas de côlon déplacé en bas (vingt fois sur vingt-neuf, Buy). Elle se présente souvent sous forme d'un trousseau fibreux dense, tendu, qui rapproche les deux segments de l'angle hépatique et les accole en canons de fusil.

Cette description se rapproche de ce que nous avons vu au cours d'opérations où l'angle droit était maintenu fermé d'une part par une épiploïte de l'angle, qui formait un premier plan d'adhérences et d'autre part par une lame sous-jacente développée dans l'angle et qui formait un deuxième plan nettement distinct du premier (obs. XLIV).

Il nous reste à chercher la raison pour laquelle c'est toujours la partie droite de l'épiploon qui présente les lésions de l'inflammation chronique ainsi que nous le verrons au chapitre de l'anatomie pathologique.

Cette constatation est frappante et montre bien la relation qui existe entre les lésions de l'appendice, et du côlon droit et celles de l'épiploon.

Il nous semble que cette épiploïte chronique qui est ainsi secondaire à l'inflammation du côlon droit peut s'expliquer en partie par les anastomoses de son système vasculaire droit avec celui du côlon ascendant.

C'est en effet par les voies de retour, veines et lymphatiques, que doit se faire l'infection de l'épiploon. Or, si nous ne connaissons que très mal la disposition des lymphatiques de l'épiploon, si ce n'est que ses réseaux communiquent largement avec ceux du côlon

transverse, nous connaissons bien son système veineux à l'étude duquel s'est particulièrement attaché M. Descomps. Pour lui, au point de vue artériel comme au point de vue veineux, il y a lieu de distinguer l'irrigation de la lame postérieure de celle de la lame antérieure, cette systématisation subsistant même chez l'adulte alors que les deux feuillets sont intimement fusionnés.

Les veines du système postérieur vont vers la veine splénique, celles du système antérieur vers la mésentérique supérieure par l'intermédiaire de la gastro-épiploïque droite. Mais il est à remarquer que les veines de la lame postérieure drainent le sang de la portion gauche seulement de cette lame, du bord gauche de l'épiploon et quelquefois d'une portion de la lame antérieure près de ce bord. De même le système antérieur est aussi le système droit. Il y a donc un système postérieur gauche et un système antérieur droit. Or la veine gastro-épiploïque droite, à laquelle aboutit ce système, rejoint « non pas le tronc de la veine porte au-dessus du pancréas, mais par un trajet descendant de la partie terminale de son tronc, la veine mésentérique supérieure. En réalité cette disposition est constante. Cette grosse veine épiploo-gastrique droite va rejoindre, ainsi que les veines duodéno-pancréatiques antérieures, la veine mésentérique supérieure sur son bord droit au ras du pancréas, en formant presque toujours un tronc commun avec le tronc veineux collecteur du cæcum supérieur, du côlon ascendant, de l'angle colique

droit et de la partie droite du côlon transverse. Ce tronc veineux omento-gastro-pancréatico-duodéno-colique est la grande voie de drainage du sang veineux épiploïque » (Descomps) (1).

On voit donc l'anastomose qui existe entre la circulation veineuse des côlons droits et celle de la portion droite de l'épiploon. Or, les lymphatiques accompagnent les veines, et on peut penser qu'à ce niveau, des échanges lymphatiques doivent se réaliser entre côlon droit et épiploon expliquant cette localisation constante de l'inflammation à la partie droite de l'épiploon, même dans les cas d'épiploïte libre sans adhérences avec les organes malades.

1. Nous remercions bien vivement M. Descomps des conseils qu'il nous a donnés pour la rédaction de ce chapitre anatomique ainsi que des documents inédits qu'il a eu l'obligeance de mettre à notre disposition.

CHAPITRE II

PHYSIOLOGIE DU COLON DROIT

Nos connaissances sur les fonctions du gros intestin et sur le mécanisme qui lui permet d'admettre, de travailler et de rejeter le chyme intestinal, sont récentes et doivent surtout à la radiologie. Avant elle, c'est à la vivisection qu'on avait recours. Un progrès fut réalisé en étudiant les mouvements des anses plongées dans des solutions salines chaudes. On utilisa aussi les coupes de sujets congelés après un repas auquel était mêlée une poudre colorée.

Chez l'homme, les premières notions furent fournies par la palpation (Glénard), par l'auscultation (Hertz), par l'ingestion de poudre de charbon. Enfin les constatations faites après interventions chirurgicales (fistules cæcales, iléo-sigmoïdostomies), vinrent préciser nos connaissances, mais c'est à la radioscopie qu'on doit les progrès les plus considérables dans l'étude de la mécanique du gros intestin.

De ces diverses méthodes, il résulte que la traversée du côlon et particulièrement du droit est lente. L'ombre cæcale commence à se dessiner de trois heures et demie à cinq heures après l'ingestion du repas bismu-

thé, celle du transverse au bout de huit à quatorze heures, celle du côlon descendant de seize à vingt-quatre heures. Fait important, c'est dans le cæcum et l'ascendant qu'elle persiste le plus longtemps et même chez les sujets normaux la stase atteint douze heures et plus.

Cette traversée du côlon se fait grâce à une série de mouvements complexes qui commencent à être connus aujourd'hui ; et à ce point de vue purement mécanique, il importe d'après Cannon de distinguer nettement le côlon droit du gauche, la limite étant sur le transverse, un peu à gauche de l'angle hépatique.

Alors qu'à gauche, les mouvements antipéristaltiques ne sont pas encore nettement démontrés, encore que très probables, et que la progression du chyle se fait par des mouvements péristaltiques lents et peu marqués, modifiés quelquefois par de grands mouvements qu'on peut comparer à des mouvements de tempête (Rieder). A droite, le cæcum et le côlon ascendant qu'on a comparés à un estomac, estomac accessoire (Stierlin), sont animés de trois sortes de mouvements :

Mouvements péristaltiques ;

Mouvements antipéristaltiques ;

Mouvements pendulaires.

Cannon a montré, en expérimentant sur le chat, qu'il observait à la radioscopie, après un jeune de vingt-quatre heures, une purgation et un repas bismuthé, qu'au moment où « le chyme bismuthé atteint

l'orifice iléo-cæcal, le gros intestin est passif et relâché... dès qu'il le franchit, une forte contraction se produit tout le long du cæcum et du côlon ascendant, faisant progresser la masse alimentaire. Un instant après, on voit se produire un anneau de contraction tonique à l'origine du côlon transverse, et de cet anneau animé de battements rythmiques, descendent vers le cæcum de petites ondulations d'abord qui, à mesure qu'elles se succèdent, deviennent de plus en plus profondes. Proéminant dans la lumière du côlon, elles en balaient le contenu vers l'extrémité aveugle du cæcum ; ainsi se tasse le chyme à mesure qu'il se déverse dans le gros intestin jusqu'à ce que toute la première portion de celui-ci soit normalement remplie. Après quelques minutes, ces ondes deviennent progressivement moins profondes et cessent d'être visibles ».

Ces mouvements antipéristaltiques nettement vus chez les animaux existent-ils chez l'homme ?

Ils semblent bien probables, car il est difficile sans eux d'expliquer le reflux par un anus cæcal des matières introduites dans la partie inférieure du tube digestif et la distension du cæcum et du côlon ascendant après une iléo-segmoïdostomie.

Cependant leur existence dans ces cas pathologiques ne prouverait pas leur production à l'état normal.

Mais la radioscopie et la radiographie semblent avoir fait la preuve de leur existence chez l'homme sain d'après les travaux de Bloch, Stierlin, Klose.

Cannon reprenant ses travaux radiologiques chez l'homme a pu observer nettement des mouvements antipéristaltiques dans le côlon droit, absolument comparables à ceux du chat : même formation d'un anneau de constriction tonique animé de battements et d'où partent des ondes rétrogrades.

F. Case sur 60 sujets chez qui il a constaté les mouvements péristaltiques a trouvé trente-sept fois les mouvements antipéristaltiques d'une fréquence de cinq à la minute ; l'apparition de ces groupes d'ondes étant provoquée par l'admission dans le cæcum de nouvelles quantités de matières. Pour cet auteur de même que pour Jakes, ces mouvements ne seraient pas pathologiques, ils seraient les mouvements normaux et même prédominants du côlon droit, jouant un rôle essentiel dans le long brassage des matières de ce segment intestinal qui aboutit à la résorption de l'eau.

Ce brassage ne peut d'ailleurs être obtenu qu'à la condition que la valvule iléo-cæcale forme une barrière infranchissable au reflux des matières, c'est d'ailleurs ce qu'on observe dans la majorité des cas. Ainsi le chyme est soumis à une pression croissante, repoussé contre le cul-de-sac cæcal et il ne peut s'échapper qu'à travers l'anneau de constriction « qui s'avance comme une baratte » suivant l'expression de Cannon

A ces deux sortes de mouvements vient s'ajouter, surtout au niveau du cæcum, *le mouvement pendulaire* grâce auquel un segment d'intestin semble se

balancer de droite à gauche, sans modification de son calibre. Il serait dû, pour Klose, à la combinaison du relâchement de la tunique circulaire avec la contraction rythmique des fibres longitudinales, aidant ainsi au brassage des matières. Ces mouvements seraient d'autant plus amples que le cæcum serait plus mobile, pouvant aller dans certains cas, pour cet auteur, jusqu'à un mouvement de torsion qui deviendrait pathologique.

Nous devons ajouter que si la physiologie du gros intestin est surtout mécanique, il se produit cependant au niveau du côlon droit, et ceci l'oppose encore au côlon gauche, d'autres phénomènes que la progression des matières préparant à leur expulsion.

Le cæcum et l'ascendant reçoivent du grêle un chyme liquide, ils transmettent au transverse des matières solides, déshydratées où le pullulement microbien sera ralenti. C'est à leur niveau que se fait une résorption d'eau évaluée à 400 centimètres cubes environ, mais avant qu'elle soit accomplie, les matières restent suffisamment hydratées, pour permettre à une flore très abondante et plus toxique que celle du grêle de se développer. Des fermentations se produisent favorisées par la stase qui dure de douze à quatorze heures dans ce segment, et Robinson, qui a étudié l'anatomie comparée du cæcum, pense que chez l'homme la dilatation du cæcum est en rapport avec l'alimentation carnée. Les herbivores ont un gros cæcum parce que leur alimentation laisse un gros déchet ; c'est ce qu'il appelle la typhlomégalie,

« tandis que l'homme civilisé, carnivore, présente de plus un cæcum dilaté (typhlectasie), parce que, d'une part, ses aliments se réduisent en un bol de petit volume incapable de solliciter énergiquement et d'une façon soutenue la contraction de la paroi cæcale ; et que d'autre part il est beaucoup plus toxique et irritant pour la muqueuse de ce viscère. Cette typhlectasie se traduit par des symptômes pathologiques sur lequels M. Dieulafoy a déjà attiré l'attention ».

Pour nous résumer, nous croyons que ces considérations anatomiques et physiologiques concordent pour donner, au côlon droit des caractères qui le différencient du côlon gauche :

C'est un segment du tube digestif terminé en bas par un cæcum, affligé lui-même d'un appendice exposé par sa constitution lymphoïde à réagir facilement et violemment aux infections.

En haut sa courbure hépatique, sur tout son trajet ses flexuosités, que fixent et exagèrent les ligaments, apportent à son évacuation une gêne, que confirme la radiographie décelant une stade des matières plus longue que partout ailleurs. Ces matières encore hydratées fermentent, stagnent, irritent la muqueuse ; ainsi se constituent la colite, la péricolite, les fausses membranes, les brides péritonéales et par là-dessus, l'épiploon, qui est un réactif si sensible aux moindres infections péritonéales, s'enflamme à son tour soit par contact soit par voie lymphatique ou veineuse anastomotique et vient

entretenir et exagérer des troubles dont il tient ses lésions.

Qui a commencé de l'appendice enflammé chroniquement, du cæcum dilaté et ptosé, du côlon coudé, de l'épiploon rétracté ?

La complexité des phénomènes est trop grande pour pouvoir le dire d'une façon sûre et il est indiscutable que suivant les cas, on pourra invoquer avec juste raison une disposition congénitale, une entérite, une colite, une appendicite chronique remontant à l'enfance. Les théories sont nombreuses, nous allons les passer en revue rapidement, mais d'ores et déjà nous dirons qu'au point de vue chirurgical, il faut être éclectique, savoir explorer l'abdomen et traiter les lésions qui se présenteront, connaître aussi le traitement médical auquel ces malades doivent être soumis de longs mois après l'intervention.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'association à l'appendicite chronique de lésions du cæcum, du côlon droit, de l'épiploon, est fréquente, Haller dans sa thèse rapporte la statistique de M. Walther de 1901 à 1911 pour les malades de ville et de 1906 à 1911 pour les malades de son service à la Pitié.

Sur 1453 appendicectomies, soit pour appendicite à froid, soit pour appendicite chronique pure existant seule ou avec une lésion des organes pelviens, on trouve 372 cas de lésions d'épiploïte chronique soit 25 o/o.

Nous avons relevé les appendicectomies faites dans le service de M. Walther de 1913 à 1918, soit pendant cinq années, pratiquées par lui-même et par ses assistants MM. Baumgartner et Pauchet. Sur un total de 613 opérations, nous trouvons 105 opérations complexes consistant, outre l'appendicectomie, en résection de l'épiploon, cæcoplicature, libération de l'angle droit, section de brides, etc. soit 17 o/o.

Ce sont ces lésions que nous allons étudier en décrivant d'abord les anomalies qui tiennent à un

vice de position du cæcum et du côlon ou à leur dilatation, et ensuite les inflammations péricoliques et péricæcales auxquelles se rattachent les épiploïtes chroniques.

I. — Lésions du cœcum et du côlon ascendant

C'est en Suisse et en Allemagne surtout, que les chirurgiens se sont occupés des lésions de ces organes accompagnant ou simulant l'appendicite chronique. Cependant en 1905, Paul Delbet avait déjà attiré l'attention sur la *typhlite ptosique* et préconisé son traitement par la cæcoplicature.

En 1908, Wilms dans un article de la *Deutsche med. Woch.*, signale « le cæcum mobile comme cause de soi-disant appendicite chronique » et il publie 40 cas opérés.

Dans ce premier travail, la mobilité du cæcum seule est en cause et il considère comme susceptible de donner des troubles pathologiques, le cæcum qu'on peut attirer hors du ventre par la plaie opératoire.

Les douleurs, la constipation, dont se plaignent les malades, sont causées par cette position déclive de l'intestin, qui surchargé, distendu par les matières, tiraille ses attaches et celles de l'appendice. Stierlin, assistant de Wilms en 1191, élargit la question en faisant dépendre le syndrome non plus de la ptose du cæcum seule, mais de la stase dans tout le côlon

ascendant. Celle-ci peut ressortir à des causes multiples ; à la contracture localisée en un point de l'intestin, (et nous avons vu l'anneau tonique de contraction qui se produit à l'origine du transverse et d'où partent les ondes antipéristaltiques), à des obstacles mécaniques tels que brides et coudures surtout au niveau de l'angle droit.

La lésion cæcale devient ainsi secondaire à des troubles mécaniques du côlon qui provoquent la constipation, celle-ci entraînant la ptose du cæcum.

En 1909, Fischler fait une critique de la théorie du cæcum mobile qui n'entraînerait pas à lui seul la stase et ses troubles. Il s'agirait d'une insuffisance musculaire du cæcum avec catarrhe consécutif ou primitif, d'où coprostate et fermentations.

En 1911 Klose, se basant sur des études anatomiques et radiologiques, pense qu'il faut incriminer la torsion habituelle du cæcum, dont la bandelette antérieure beaucoup plus forte que les postérieures, joue le rôle principal dans ce mouvement de pendule que nous avons étudié. Que ce mouvement s'exagère et que le cæcum soit particulièrement mobile ; une torsion se produit qui entraîne la stase et les fermentations. Mais il admet lui aussi que d'autres causes étagées le long du côlon puissent entrer en jeu : exagération des angles normaux par la ptose du transverse, brides, coudures, etc.

Au cours des opérations auxquelles nous avons assisté, nous avons constaté la mobilité anormale du cæcum et du colon ascendant, la dilatation et la tor-

sion du cæcum et nous rapportons dans ce travail 26 cæcoplicatures. Mais dans toutes ces interventions on a trouvé des lésions chroniques d'inflammation appendiculaire.

Ce n'est pas que nous voulions attribuer un rôle à celle-ci dans les lésions cæcales, mais il nous semble que jusqu'à ce qu'on connaisse mieux la pathogénie et la symptomatologie de ces lésions, on n'est pas autorisé à dire comme la plupart de ces auteurs : dilatation ou ptose du cæcum simulant une appendicite chronique, mais plutôt coïncidant avec elle.

Ptose du cæcum et du côlon ascendant. — Elle est due à une longueur anormale du mésentère et à un accollement incomplet du mésocôlon.

On la rencontre fréquemment, elle n'est pas à proprement parler une anomalie susceptible d'entraîner à elle seule des troubles pathologiques et il est assez fréquent de la constater au cours d'opérations pour d'autres affections chez des malades qui ne présentent aucune manifestation colique anormale.

Cette mobilité exagérée est facile à reconnaître, même si on fait une petite incision à la place habituelle, car alors ce n'est pas le cæcum qu'on attire mais une portion plus ou moins élevée de l'ascendant qu'on doit dérouler de haut en bas.

Quand on arrive sur le cæcum qu'on a ainsi retiré du bassin où il est ptosé, on constate la longueur anormale du *pédicule iléo-cæcal* ou terminaison du mésentère qui le rattache à la paroi postérieure ; il

peut atteindre 10, 12, 15 centimètres, en sorte que cæcum et terminaison du grêle peuvent être attirés largement au dehors. Mais dans ce cas, tout l'ensemble formé par l'iléon terminal, le cæcum et l'ascendant, descend en bloc dans le bassin *sans modifications de leurs rapports réciproques* et M. Walther ne considère pas cette mobilité exagérée comme susceptible d'engendrer des troubles si elle ne s'accompagne pas de torsion ou de dilatation.

Cæcum et côlon en crosse. — Dans ces cas, la portion interne du cæcum restant fixe, la portion externe bascule et glisse vers le bassin entraînant souvent le côlon.

Il en résulte une coudure, une crosse dont le basfond est formé soit par la portion externe du cæcum soit par le côlon ascendant lui-même.

Cette crosse présente une branche descendante colique, une partie moyenne déclive, colique ou cæcale, et une branche ascendante qui répond à la partie interne fixe du cæcum où débouche l'iléon. La branche descendante est en général externe ou antérieure, la région déclive descend vers le bassin, franchissant quelquefois le détroit supérieur, la branche ascendante est interne ou postérieure, rarement externe.

Cette déformation est due à l'attache du cæcum à l'angle iléo-cæcal fixé lui-même par brièveté du mésentère. Mais il est une autre cause, c'est la position rétro-cæcale ou rétro-colique ascendante de l'appendice collé à la paroi par un méso long et bas et qui

forme un véritable ligament à la partie interne du cæcum dont la paroi externe et antérieure seule peut glisser et se dilater.

On voit donc qu'ici, contrairement à ce qui se passe dans la mobilité simple, il y a une modification dans les rapports des différentes parties de ce segment intestinal et formation d'un bas-fond cæcal ou colique favorisant la stase. Nous décrirons la manière de lier le méso-appendice pour réduire cette déformation qui nécessite souvent une cæco-plicature complémentaire si la crosse se complique de dilatation.

Il faut ajouter qu'à cette ptose de l'ascendant s'ajoute quelquefois la chute du rein droit et que les opérations qui viseront seulement à traiter les lésions intestinales seront incomplètes.

Dilatation du cæcum. — Elle existe soit seule soit associée à la déformation en crosse. Le cæcum dans ce cas est souvent gros comme le poing, rouge violacé, recouvert de fausses membranes de péritonite chronique, saignant au moindre contact, ou bien ses parois sont blanc-bleutées comme normalement mais la palpation au lieu de donner la sensation d'épaisseur et de tonicité normales en révèle la minceur et la flaccidité. Dans tous les cas le fait capital est la présence d'un bas-fond descendant plus ou moins bas au-dessous de l'angle iléo-cæcal, c'est un cul-de-sac de stase qu'il faudra faire disparaître par la cæcoplicature.

Coudures de la terminaison du grêle. —

C'est Lane qui a insisté sur leur importance reprenant la théorie de la ptose que Glénard avait exposé dès 1900, mais en l'amplifiant, en la systématisant et en appuyant sa conception sur les examens radioscopiques contrôlés par les constatations opératoires et les résultats thérapeutiques.

Il fait remonter la cause de la ptose aux conditions de vie de l'homme civilisé; c'est la station debout ou assise, la position assise dans la défécation au lieu de la position accroupie des races primitives, qui sont responsables de la chute des organes abdominaux. A cela viennent s'ajouter le port du corset, l'affaiblissement de la paroi abdominale, les grossesses répétées qui expliquent la prédisposition du sexe féminin.

Pour s'opposer à cette chute des viscères et de l'intestin en particulier, des ligaments péritonéaux se forment *mécaniquement* qui se développent d'autant plus qu'ils « travaillent » davantage. Ces adhérences anormalement développées ne sont donc nullement inflammatoires tout au moins à l'origine.

Il peut s'en former au pylore, à l'angle duodéno-jéjunal, aux angles coliques, au côlon sigmoïde, et surtout à la terminaison du grêle.

Le cæcum s'allonge, tombe, se laisse distendre et tire sur ses points d'attache et ceux du côlon ascendant. On voit ainsi se former un groupe d'adhérences *externes* et un groupe *interne*. Les adhérences externes partent de la paroi et se jettent sur la face postéro-externe du cæcum et de l'ascendant. En bas

elles peuvent atteindre l'appendice et s'attacher à lui sur une plus ou moins grande longueur coudant sa portion distale restée libre sur la portion basale ainsi fixée.

L'appendice ainsi tiraillé, tendu, tordu est prédisposé à l'infection dont la coexistence est souvent notée dans les observations avec la ptose.

Les adhérences internes se forment au niveau de la terminaison du grêle dans ses 15 derniers centimètres, nous en avons vu les raisons anatomiques.

Il en résulte une coudure du grêle affectant le plus souvent la forme d'un V renversé, quelquefois de deux V orientés en sens inverse ou bien d'une incurvation à concavité supérieure combinée à une rotation sur l'axe, sorte de torsion ébauchée.

De même, le côlon transverse ferme, en descendant, ses angles hépatique et splénique, des adhérences se forment entre le côlon ascendant et la partie droite du transverse qui rendent définitive cette déformation.

Nous verrons que le plus souvent cette coudure de l'angle droit est une conséquence de l'épiploïte chronique.

La stase résulte de ces coudures, stase iléale, stase cæcale, stase colique avec constipation chronique, inflammation de l'intestin ; colite et péricolite.

Un élément *inflammatoire* peut donc se surajouter à l'élément purement *mécanique* du début et l'appendicite si souvent constatée serait pour Lane une conséquence de sa déviation.

L'état général est atteint, les malades souffrent, maigrissent, perdent leurs forces, s'intoxiquent et cet auteùr considère qu'un grand nombre de maladies, dont la tuberculose, peuvent s'installer sur un terrain ainsi préparé par l'infection et la dénutrition.

Les conséquences thérapeutiques qui découlent de cette théorie sont ou la destruction des brides, ou l'anastomose iléo-sigmoïdienne ou mieux iléo-rectale accompagnée ou non de colectomie et c'est sur une statistique de 50 cas que s'appuie Chapple, son assistant, tous malades suivis pendant de longs mois après l'intervention.

Ces idées accueillies d'abord avec scepticisme font rapidement du progrès en Angleterre, en Amérique et en France où M. Lejars les vulgarise. Morestin, Lecène, Delbet, Cunéo rapportent des cas d'iléo-sigmoïdostomie pour constipation invétérée et Pauchet publie une statistique de 36 cas avec 33 anastomoses et 3 résections du côlon.

Nous avons observé des coudures de la terminaison du grêle mais loin d'être formées par des brides mécaniques développées pour s'opposer à la ptose, il nous a semblé qu'elles étaient *inflammatoires*, de par la coexistence de lésions très nettes de l'appendice, de l'épiploon, de lames péricoliques et par la situation même et l'aspect des brides qui entouraient l'intestin.

Elles peuvent affecter plusieurs types :

1° La terminaison du grêle monte presque verticalement soudé à la face interne du cæcum par des

adhérences avec un voile péritonéal à vaisseaux parallèles formant pont de l'un à l'autre.

2° C'est l'appendice enflammé qui cravate la terminaison de l'iléon le contournant de bas en haut en pas de vis.

3° L'iléon terminal est coudé en V à sommet supérieur ou inférieur, les deux branches maintenues par une large lame péritonéale de nouvelle formation à direction transversale dont les extrémités se perdent sur la paroi postérieure à droite et à gauche ;

4° Une lame péritonéale, se détachant de la face inférieure du mésentère, se porte en avant, contourne le bord inférieur de l'intestin perpendiculairement à son axe et vient s'attacher sur sa face antérieure.

Elle entoure incomplètement le grêle, sur une largeur de quelques centimètres, comme la main qui tient un cylindre trop gros pour en faire le tour. Par rétraction elle diminue son calibre qu'on voit redevenir normal au fur et à mesure qu'on l'incise transversalement.

II. — Péricolites

Les péricolites et pérityphlites ou inflammations chroniques du péritoine du côlon et du cæcum ont des aspects variables suivant leur degré, leur ancienneté, leur localisation. On peut les classer en :

Péricolites polypoïdes ;

Péricolites membraneuses ;

Péricolites adhésives.

L'épiploon est souvent en cause dans tous ces cas, en venant adhérer en un point de l'intestin qu'il peut couder, en poussant des franges autour du transverse, en se plaquant sur l'angle droit qu'il étrangle. Son étude est donc intiimement liée à celle des péricolites.

1° **Péricolite à forme polypeuse.** — Elle se rencontre dans les cas où la réaction péritonéale à l'infection chronique de l'appendice et du côlon est légère.

On constate une *rougeur* anormale du cæcum et de l'ascendant avec fines arborisations vasculaires.

Leur surface saigne facilement et elle est parsemée de petites franges graisseuses analogues à des franges épiploïques comme celles qu'on rencontre sur le sigmoïde mais plus petites, de la grosseur d'une lentille, d'un pois et nettement pédiculées.

Elles sont jaunes ou roses virant même au rouge vif .suivant leur degré d'inflammation, quelquefois elles sont blanches par transformation scléreuse, elles ont une constitution fibro-graisseuse.

Souvent l'épiploon se soude à l'une d'elle tiraillant le côlon, dans d'autres cas l'une de ces franges polypeuse vient adhérer à la paroi (obs. LXXXV).

Autour de ces formations, la surface est parsemée de placards rouges, dépolis, saignants ; *stigmates de péritonite chronique*, séparés ou confluents.

Cette forme coïncide souvent avec la suivante :

2° **Péricolite membraneuse.** — Nous avons vu les membranes de nouvelle formation qui coudent le grêle ; on en rencontre également sur l'appendice, formant des nappes qui passent du cæcum sur lui comme des mésos surajoutés, ou qui unissent les deux segments d'un appendice coudé sur lui-même.

D'autres l'appliquent contre la paroi postérieure, dans la fosse iliaque et la libération de l'appendice le fait apparaître rouge, saignant, dépouillé de péritoine dans les zones d'adhérences, séparées entre elles par de petits tractus blanchâtres, flottants, qui sont les débris de cette membrane.

C'est surtout sur le côlon qu'on rencontre ces voiles.

Cette péricolite membraneuse entrevue par Wirschow en 1853, qui l'attribuait à une inflammation de la paroi intestinale en rapport avec la stase, a été décrite depuis longtemps par M. Jalaguier, et M. Walther qui la rattachent à l'appendicite et à la colite chroniques.

En 1909, Jackson à propos de 9 cas en donnait la description suivante : « C'est une membrane qui descent obliquement de l'angle hépatique du côlon, au devant du côlon ascendant et du cæcum, qu'elle recouvre comme d'un voile fin, transparent, strié de vaisseaux ; en dehors elle se fixe au péritoine pariétal et semble même se continuer avec lui ; en dedans, elle enveloppe le gros intestin et se relie souvent à l'épiploon. Le long de ses vaisseaux longitudinaux ou obliques et qui contrastent par leur direction avec

les branches vasculaires de la paroi colique sous-jacente, elle est parcourue de petites bandelettes fibreuses qui viennent à leur extrémité déclive se fixer en éventail sur le côlon.

Elle se laisse plisser ; elle glisse à la surface du côlon et paraît en être séparée par une nappe œdémateuse qui rappelle l'œdème arachnoïdien doublant la dure-mère sur les cerveaux d'alcooliques : le côlon semble inclus dans un sac transparent un peu trop étroit pour le contenir sans le rider ».

Hoffmeister en 1911 donnait une description analogue et signalait la présence fréquente de petits ganglions à la face postérieure du cæcum, dans l'angle iléo-cæcal et vers la racine du mésentère, témoins de la nature inflammatoire de cette formation.

P. Duval en 1910 publie 3 cas traités par la libération des adhérences et dans lesquels la guérison s'est maintenue depuis cinq ans, trois ans, un ans et demi. Dans deux de ces cas, la nature inflammatoire était incontestable, mais la forme n'était pas nettement en voile mais en cordelettes fibreuses péricoliques étagées.

Enfin récemment Leveuf étudiait les reliquats du diverticule droit de l'épiploon et soutenait la nature congénitale de cette membrane.

Nous en rapportons 9 cas. Celles des observations IX et LXV ne sont pas nettement liées à l'infection ; dans l'un des cas il y a coexistence de coudure de la terminaison du grêle et de l'angle hépatique par une

bride allant se perdre sur le rein et le bord droit du duodénum.

Dans les cas 3, 6, 19, 52, 68, 89 et 102 l'origine inflammatoire peut être envisagée de par la coexistence de ganglions dans le cas 52 et de grosse lésions de l'épiploon et de l'appendice chez les autres malades. Dans un cas on note la forme avec brides d'un blanc nacré, transversales surajoutées au mésocôlon et échelonnées sur toute la hauteur du côlon et du cæcum.

En général cette lame siège sur le côlon ascendant, mais elle peut descendre sur le cæcum jusqu'à recouvrir l'appendice. Elle remontre quelquefois jusqu'à l'angle hépatique qu'elle voile.

En dedans elle se perd généralement sur la face antérieure ou le bord interne du côlon ou même la paroi postérieure mais jamais elle ne s'étend sur le grêle. L'épiploon peut lui adhérer par son bord droit ou par une frange.

La lame intercolique se rattache à la péricolite membraneuse et Leveuf en fait aussi un dérivé du prolongement droit de la poche épiploque. C'est la *lame fixatrice de l'angle* décrite par Buy qui en fait une formation acquise fréquente surtout chez les ptosiques où le côlon transverse est déplacé.

Nous verrons que la coudure de l'angle hépatique est le plus souvent étranglée par l'épiplon se ramassant en un paquet fibreux épais qui se tasse autour de lui, mais dans plusieurs observations le protocole de l'opération signale nettement qu'au dessous de la

masse épiploïque on trouve dans le sinus de l'angle une nouvelle lame formant un second plan d'union des deux branches de l'intestin (obs. XLIV, XCI). Dans d'autres cas la lame intercolique existe seule pour exagérer la condure, il y a de l'épiploïte non adhérente (obs. XIX LVIII) ; épiploon et lame sont juxtaposés et on ne peut dire si cette lame est indépendante de l'épiploon, ou en dérive embryologiquement ou en représente une portion devenue indépendante.

3o **Péricolite adhésive.** — C'est une forme qui résulte d'une infection plus intense ou plus prolongée.

Ou bien elle est le reliquat d'une appendicite aiguë ou d'un abcès appendiculaire drainé avec ou sans appendicectomie, ou bien elle survient d'emblée dans l'appendicite de la colite chronique.

Dans l'observation LXXXII le malade opéré à chaud présente une cicatrice éventrée et douloureuse.

Dans une seconde intervention on trouve le cæcum, l'angle iléo-cæcal et la moitié de l'ascendant qui adhèrent à la paroi au point qu'on est obligé d'entamer celle-ci au bistouri pour libérer l'intestin. Dans l'observation LXIII on trouve également l'angle droit du côlon soudé à la partie supérieure de la cicatrice.

Les cas 46 et 44 au contraire sont des appendicites chroniques avec péricolite adhésive où le cæcum et le côlon étaient collés à la paroi externe de

la fosse iliaque par des adhérences épaisses qu'il a fallu disséquer au bistouri.

4° **Epiploïte chronique.** — C'est en 1898 que M. Walther donne la première description de l'épiploïte chronique dans un mémoire sur « une forme d'appendicite avec adhérences épiploïques ». Depuis cette époque ils revient à plusieurs reprises sur cette affection dans des communications à la Société de Chirurgie et à divers congrès en même temps qu'il inspire des travaux à ses élèves Levrey, 1899. Restouil, 1900, |Wagon, 1904. Mémoire de médaille d'or de Descamps 1905, Haller, 1912. Girou, 1913.

Dans ses premières observations il constate les adhérences épiploïques compliquant une appendicite chronique d'emblée ou une appendicite aiguë et il classe ces faits en quatre groupes :

1° Adhérences épiploïques anciennes. Appendicite chronique à évolution latente sans aucune crise aiguë ;

2° Adhérences épiploïques anciennes. Crise récente d'appendicite aiguë ;

3° Appendicite à répétition, adhérences épiploïques récentes. Poussées d'épiploïte simulant des crises d'appendicite ;

4° Crise d'appendicite récente. Adhérences épiploïques récentes.

M. Letulle publie l'examen histologique des pièces provenant de ces opérations.

Dans ces cas il a en vue les *épiploïtes avec adhé-*

rences formes qui devaient en effet attirer tout d'abord l'attention mais il remarque que ces adhérences se développent souvent à distance de l'organe qui a été le point de départ de l'infection et sur 18 cas, trois fois seulement l'épiploon adhérait à l'appendice. Alors même que celui-ci est sclérosé complètement ou mieux enlevé chirurgicalement, ces adhérences peuvent continuer à évoluer pour leur propre compte, simulant par les petites poussées dont elles sont le siège une crise d'appendicite et il rapportait à la société de chirurgie dans la séance du 28 décembre 1910 une observation typique d'épiploïte ayant continué à évoluer après l'ablation de l'appendice en voici le résumé :

R... (Raoul), vingt-cinq ans, garçon de café, a une crise aiguë d'appendicite en décembre 1904, il est opéré à froid au mois de mai 1905 par M. Mignon au Val-de-Grâce.

Deux mois après l'opération il recommence à souffrir. Lorsqu'il mangeait certains mets (des ragouts, des viandes rouges, des haricots, des lentilles), il éprouvait une sensation de barre épigastrique le long du colon transverse qui se prolongeait vers la fosse iliaque droite. Cette sensation durait quelquefois six à huit heures et ne cessait qu'à la suite d'une purgation.

La première année, le malade éprouva environ trois fois ces crises douloureuses, elles cèdent à un régime et reviennent quand il s'en écarte.

Il entre dans le service de M. Enriquez en octobre

1910 où il a une crise très violente avec douleurs violentes dans le flanc droit, hypocondre droit, épigastre, barre très nette. M. Enriquez constate des lésions légères du sommet et songe sans l'affirmer à la possibilité d'une tuberculose cæcale.

M. Walther, trouvant cette localisation des douleurs, avec une résistance à la pression le long du côlon ascendant, sous l'angle colique droit, et sans rien d'appréciable au côlon lui-même, ni au cæcum, pense qu'il s'agit plutôt d'une épiploïte chronique consécutive à son appendicite. Opération le 1er décembre 1910.

L'épiploon est adhérent à la paroi sur une hauteur de 6 centimètres environ. Il enveloppe d'autre part le cæcum et le côlon ascendant auxquels il adhère intimement. Libération de ces adhérences.

Le côlon ascendant et le côlon transverse sont accolés en canons de fusil sur une hauteur de 4 travers de doigt par une bride très résistante en forme de lame épaisse qui est sectionnée.

Toute la moitié droite de l'épiploon profondément altérée, présentant des plaques granitées, des plaques de sclérose, des brides, est réséquée au ras du côlon après ligature en 10 pédicules isolés. Guérison (*In* thèse de Haller, obs. LXIII).

Cette observation démontre à l'évidence l'appendicite comme cause de l'épiploïte celle-ci engendrant à son tour les troubles coliques survenant par crises.

Mais de plus, les vieilles adhérences peuvent, outre les coudures du côlon, tirailler l'estomac, aussi

M. Walther leur attribue-t-il une part des troubles digestifs et douloureux qu'on rencontre dans ces cas.

Bientôt il décrit une autre forme d'épiploïte chronique ; *l'épiploïte chronique libre* qui peut comme la forme avec adhérences entretenir les troubles gastro-intestinaux. Il s'attache à montrer les rapports de cette forme avec la colite, le retentissement de l'une sur l'autre et à la différencier anatomiquement des épiploïtes aiguës d'une part et des épiploïtes dues à une autre cause comme les épiploïtes herniaires.

Il y a donc lieu de distinguer au point de vue descriptif deux formes :

L'épiploïte libre ;

L'épiploïte avec adhérences.

Epiploïte chronique libre. — Elle siège surtout à droite. L'épiploon étant attiré au dehors, on l'étale largement pour comparer les parties droite et gauche, on le retourne pour l'examen de sa face postérieure où les lésions de début se localisent de préférence.

A gauche où il est sain, l'épiploon est jaune, souple, mince, transparent par places, formant une légère dentelle à moins qu'il ne soit surchargé de graisse.

A droite il est rouge, épaissi, scléreux par places et les lésions s'étendent plus ou moins loin à gauche en diminuant progressivement. Le maximum de l'inflammation est au bord droit et à l'angle droit. Il y a donc des degrés dans l'inflammation d'un même

épiploon, il y en a aussi suivant les cas, depuis la simple coloration rosée jusqu'à la sclérose de tout l'épiploon.

Le premier degré est la *teinte rosée,* soit diffuse et étendue au tiers, à la moitié ou plus de l'épiploon, soit disséminée en plaques ou en traînées le long des vaisseaux.

Au deuxième degré la coloration devient franchement rouge, couleur hortensia, avec des zones plus foncées qui d'abord isolées peuvent se réunir. Ces taches correspondent à des zones épaissies donnant à la palpation une sensation de résistance, de fermeté spéciale comme si elles étaient formées par la réunion de petits grains de plomb enchâssés dans l'épiploon ; ce sont les *plaques granitées.* Cet épaississement et cette coloration se localisent au début le long du bord droit ; c'est la *bande de bordure.* Mais souvent ces lésions sont plus diffuses et plus ou moins accentuées suivant les points.

Sur les deux faces, mais surtout à la face postérieure, on peut observer de *petites brides fibreuses,* blanchâtres, filiformes, longues de quelques millimètres en relief sur l'épiploon ou même complètement libres à leur partie moyenne comme certains piliers du cœur. Leur entrecroisement dans tous les sens forme les *nœuds de rétraction.*

Dans un troisième degré, la rougeur et l'épaississement s'accentuent. A la palpation, l'épiploon malade donne la *sensation de cuir* avec par places des

masses « volumineuses, dures, grenues » véritables noyaux d'épiploïte scléreuse.

Cette sclérose peut être plus accentuée encore donnant les *plaques nacrées*, ou si elle est généralisée l'épiploon se rétracte en une masse blanchâtre, dure, se tassant contre le transverse, mais dans ces cas extrêmes il ne s'agit plus en général d'épiploïte libre.

On peut enfin trouver des foyers hémorragiques disséminés ou confluents en placards, de la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'une lentille et même dans un cas que rapporte Haller, ils avaient la forme et les dimensions de gros grains de raisin qu'on aurait pu prendre pour des dilatations vasculaires, mais l'examen histologique démontra qu'il s'agissait de kystes sanguins par rupture vasculaire.

Epiploïte chronique avec adhérences. — Elle réalise une véritable péricolite antérieure et de même que dans la forme libre les lésions prédominent à droite, de même c'est avec le côlon droit que l'épiploon enflammé contracte ses adhérences : rarement avec l'appendice et Haller dans sa thèse ne signale que 22 cas d'adhérence de l'épiploon à cet organe sur 181 cas, le plus souvent avec le péritoine antérieur, le cæcum, le côlon ascendant, l'angle droit et le transverse.

a) *Péritoine antérieur.* — Il est rare que l'épiploon vienne se coller au péritoine de la région péri-ombilicale, plus souvent c'est au devant du cæcum et du côlon ascendant sur une largeur qui peut atteindre

la paume de la main. Dans ces cas on peut constater cliniquement à la palpation un gâteau épiploïque. Les adhérences se font quelquefois avec le péritoine vésical, avec celui du bassin, de la fosse iliaque, expliquant les tiraillements de l'estomac en bas et à droite qu'on peut constater à la radioscopie.

b) *Côlon transverse.* — L'épiploon forme des anneaux péricoliques souvent multiples, enserrant l'intestin et produisant des rétrécissements étagés et groupés dans sa moitié droite. Ils affectent deux types :

1° Une bride partant de la face inférieure de l'épiploon près de sa racine colique se porte en arrière, contourne la face antéro-inférieure de l'intestin, en se moulant sur elle, et vient s'attacher à la face inférieure du mésocôlon transverse.

Dans d'autre cas cette bride rencontre chemin faisant une frange épiploïque détachée de la face inférieure du côlon qui va à sa rencontre en quelque sorte et se soude à elle.

2° Dans une deuxième variété « une languette formée aux dépens de l'épiploon lui-même, très altéré, granité, se détache du reste du repli péritonéal et va grimper sur la face antéro-inférieure du côlon transverse, adhérer très intimement à l'intestin et progresser à la manière d'un *ptérygion*, plus ou moins loin sur cette face, parfois la contourner complètement pour aller jusqu'au feuillet inférieur du mésocôlon transverse tout près du bord intestinal.

Cette fois, il en résulte un anneau péricolique constitué non plus par des brides, mais bien par du tissu épiploïque lui-même adhérant à l'intestin, épiploon très malade, très altéré, ayant un aspect granité absolument caractéristique. »

Le premier type n'altère pas la paroi intestinale. « Il n'en est plus de même lors de la présence des languettes épiploïques sclérosées ; l'intestin sous-jacent se trouve altéré. Il existe toujours une réunion intime entre le tissu épiploïque qui rampe en ptérigion sur la paroi colique et l'intestin. La libération de ces languettes épiploïques est en effet dans certains cas très difficile et nécessite l'emploi du bistouri. La paroi intestinale se trouve altérée : dans un premier degré on peut constater simplement la surface de l'intestin, sous-jacente à la languette épiploïque, légèrement cruentée, mais l'intestin reprend vite sa forme normale ; dans un deuxième degré, l'intestin, après libération de la languette épiploïque, reste légèrement rétréci et par la palpation on sent un véritable anneau de sclérose dans la portion sous-jacente à l'épiploon libéré ; un degré de plus et cet anneau de sclérose est plus marqué constituant un véritable rétrécissement définitif de l'intestin » (Haller).

Ces languettes épiploïque sont quelquefois larges, unies les unes aux autres formant un véritable *tunnel* autour du côlon qui peut aussi être constitué par plusieurs brides péricoliques de la première variété unies par une lame de néo-formation.

c) *Angle colique droit.* — Nous avons étudié la lame d'accolement qui unit les deux branches de l'angle en canon de fusil. Elle peut atteindre 4 à 6 centimètres. De forme triangulaire, elle s'attache sur la face antérieure du côlon ascendant, passe sur le côlon transverse et se termine sur son bord interne, ou encore elle s'étend seulement du bord interne, de l'ascendant au bord externe du transverse. Sa largeur varie de 2 à 4 centimètres.

Plus souvent c'est l'épiploon lui-même qui sonde les deux branches du V.

Ou bien la partie externe de l'épiploon, enflammé près de sa racine, s'attache sur le côlon ascendant dans sa partie toute supérieure ; ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, l'épiploon se condense en une masse épaisse, un paquet fibreux, dense, à consistance de cuir qui vient adhérer intimement à l'angle, le débordant quelquefois en dehors par un prolongement en forme de corde épaisse, solide, scléreuse ; la *bride prérénale* qui se perd sur la paroi postérieure lombaire au niveau du bord externe du rein.

Enfin des brides fibreuses et lamelleuses, qui paraissent constituées par les ligaments suspenseurs de l'angle droit, mais modifiés par l'inflammation, le fixent au foie, à la vésicule, au duodénum, peuvent exagérer sa courbure, le rétrécir, le couder par rétraction, et Tripier et Paviot pensent que ces brides sont en rapport avec une inflammation de la vésicule.

d) *Cæcum et côlon ascendant.* — L'épiploon peut adhérer largement à ces deux organes ou au cæcum

seul en un point quelconque de sa surface, quelquefois près de la base de l'appendice ou dans la région iléo-cæcale.

Souvent on voit une frange épiploïque venir se souder à l'un de ces polypes que nous avons décrit et qui marque l'inflammation chronique du côlon. On trouve encore des brides lamelleuses ou fibreuses qui partent de la face antérieure ou postérieure de l'épiploon et viennent se jeter sur le bord interne de l'ascendant ou plus en dehors jusqu'à la paroi postérieure, agents d'étranglement pour l'intestin. Elles peuvent être multiples et se rencontrent surtout à la partie supérieure du côlon ascendant.

Nous apportons plus loin 105 observations d'opérations complexes pour appendicite chronique ayant nécessité outre l'appendicectomie, des opérations complémentaires portant sur le cæcum, le côlon, la vésicule, le rein, l'épiploon. Sur ce nombre nous avons relevé soixante-seize fois l'existence d'épiploïte très nette traitée par la résection plus ou moins large. Dans 28 cas il s'agissait d'épiploïte chronique libre et dans 48 cas d'épiploïte chronique avec adhérences.

Dans cette dernière catégorie les adhérences étaient le plus souvent multiples, elles existaient entre l'épiploon et :

L'appendice	1 cas
La paroi	14 —
Le bassin	5 —
Cæcum	10 —

Grêle....................	2 —
Ascendant...............	5 —
Angle droit..............	16 —
Transverse..............	8 —
Vésicule.................	1 —

Dans 6 cas nous avons noté l'existence de la corde prérénale.

Quatre fois le double voile membraneux péricolique coexistait avec l'épiploïte.

Trois fois la lame intercolique de l'angle droit.

Nous notons enfin dans les 26 cas de cæcoplicature pratiquées pour crosse ou distension du cæcum les adhérences épiploïques à l'angle droit dans 7 cas au niveau de l'ascendant dans 2 cas, et la présence du double voile membraneux dans 3 cas.

TRAITEMENT

Il résulte de cette étude que bien souvent l'appendicite chronique n'évolue pas isolément, mais s'accompagne de lésions multiples de l'épiploon, du cæcum, du côlon et qui, causes ou effets ou manifestations parallèles d'un syndrome plus large, doivent être traitées au même titre que l'appendicite, sous peine de voir les douleurs et les troubles persister après l'opération. Mais il est bien difficile cliniquement de pouvoir affirmer à coup sûr la part de chacune de ces affections dans le syndrome iliaque, c'est à peine si on commence à distinguer entre elles les stases iléales, cæcales, sigmoïdiennes, dont l'existence d'ailleurs n'élimine pas l'appendicite et l'épiploïte chroniques qui peuvent bien au contraire en être l'origine. La radioscopie et la radiographie rendent les plus grands services pour déceler un cæcum ptosé, une coudure de l'angle hépatique, une rétention prolongée du bismuth dans l'ascendant, une déviation de l'estomac à droite vers la région appendiculaire indice d'épiploïte adhérente, et il faudra toujours avoir recours à ce mode d'investigation. Cependant à l'heure actuelle, c'est encore l'*explora-*

tion au cours de l'intervention qui permettra le mieux de trancher la question et de reconnaître s'il s'agit d'appendicite chronique simple ou compliquée ou même associée à d'autres lésions chroniques comme celles de la vésicule, des annexes, etc.

Incision. — Elle varie suivant les associations soupçonnées.

Latérale haute sur le bord externe du droit ou plutôt *transversale* droite au niveau ou un peu au-dessus du plan ombilical s'il y a des présomptions de cholécystite ou de lésion du duodénum ou du pylore.

La latérale sur le bord externe du droit est à rejeter si elle doit être longue à cause de la paralysie du grand droit consécutive à la section de ses filets nerveux. La transversale au contraire parallèle à eux les respecte et donne une cicatrice plus solide.

Médiane sous-ombilicale pour vérifier les organes génitaux et l'association est fréquente d'appendicite chronique, de rétroflexion, de salpingite ancienne ou de lésions scléro-kystiques des ovaires.

Lombaire enfin si le rein droit est ptosé et qu'on veuille faire dans la même opération sa fixation, l'appendicectomie et la vérification du côlon.

Mais en général l'incision à la fosse iliaque droite sera suffisante.

Elle devra permettre l'exploration facile de la région. La faire grande ou petite est une question de tempérament et il y a des chirurgiens qui savent par une boutonnière de 3 à 4 centimètres explorer non

seulement le cæcum mais le côlon jusqu'à l'angle hépatique et la portion droite du transverse.

Si l'incision est petite, il faut employer un procédé tel qu'on puisse facilement l'agrandir en haut ou en bas suivant les besoins avec le minimum de dégâts pour les plans musculaires.

C'est pourquoi l'incision de M. Burney, qui est excellente dans l'appendicite aiguë opérée soit dans les premiers jours, soit après refroidissement et où le but proposé est l'ablation du seul appendice, n'est pas à recommander ici puisqu'elle ne permet d'agrandir la plaie qu'aux détriments des muscles qu'on doit sectionner perpendiculairement à leurs fibres.

Le procédé de choix nous paraît être celui de M. Walther, où, après section de l'aponévrose du grand oblique, on désinsère du bord externe de la gaine du droit les digitations musculaires du petit oblique et du transverse. Cette désinsertion peut être poursuivie aussi loin qu'on veut dans les deux sens et donne autant de jour qu'il est nécessaire.

On peut encore employer le procédé de Jalaguier modifié par Walther où l'on passe par la gaine du droit mais tellement à sa partie externe qu'on voit à peine les fibres verticales du muscle.

Exploration. — Elle portera sur chacun des organes que nous avons énumérés en commençant par l'appendice.

Le fil conducteur, c'est le côlon ascendant ou le cæcum qu'on reconnaît facilement à leur situation dans la fosse iliaque droite, situation profonde et

externe, aux bandelettes longitudinales et surtout à leur coloration blanc bleutée, facile à distinguer de la coloration rose ardoisée du grêle.

Le côlon ainsi reconnu, est attiré dans la plaie de haut en bas jusqu'à ce qu'on amène le cæcum qui s'énuclée au dehors avec un gargouillement spécial.

Au cas où le cæcum et le côlon sont très ptosés on est amené à dérouler ainsi le côlon sur une grande longueur avant d'amener l'angle iléo-cæcal dont le pédicule est alors très long atteignant parfois 10, 12 centimètres et plus, mais comme nous l'avons vu, la longueur anormale de cette attache, et la mobilité qui en résulte n'entraînent pas à elles seules des troubles pathologiques, c'est la torsion, la distension du cæcum qui en sont la cause. Elles sont faciles à reconnaître au bas-fond qui descend souvent à 6, 8 et 10 centimètres au-dessous de l'iléon terminal.

Au cas de crosse très accentuée avec cæcum haut placé ou au cas de côlon ascendant coudé et flexueux il peut arriver qu'en dévidant la portion de gros intestin qui se présente et de haut en bas, on s'éloigne du cæcum et de l'appendice. On arrive bientôt à l'angle hépatique et à l'origine du transverse qu'on reconnaît à l'épiploon et il faut suivre l'intestin en sens inverse.

L'exploration continuera par celle de l'épiploon et du côlon transverse. Ils se présentent quelquefois dans la plaie dès l'ouverture du péritoine même au cas où des adhérences ne les fixent pas dans la ré-

gion, d'autres fois il faut aller à la recherche de l'épiploon avec une longue pince dirigée en haut vers l'épigastre cheminant superficiellement dans l'abdomen dont elle frôle le péritoine pariétal antérieur.

L'épiploon est attiré largement jusqu'à ce qu'il amène le côlon transverse qu'on déroule vers la gauche d'abord. On dépasse ainsi bientôt les limites de l'inflammation épiploïque et on peut comparer les parties droite et gauche de l'épiploon sans oublier d'examiner sa face postérieure. On explore ensuite le segment droit du transverse par traction progressive jusqu'à voir l'angle droit où se condensent les lésions d'épiploïte.

Appendicectomie.— Nous n'avons pas à décrire un procédé quelconque d'appendicectomie nous voulons simplement attirer l'attention sur la manière de lier le méso.

En effet nous avons vu que la crosse cæcale pouvait être maintenue par un appendice rétro-cæcal ou rétro-colique à méso court et large. Or la ligne d'insertion du méso-appendice suit la face interne du cæcum d'abord et se perd ensuite à la face inférieure du mésentère. Il forme donc dans ce cas un ligament latéral interne au cæcum qu'il tire en haut et en dedans.

Si on lie ce méso en un seul pédicule, on le tasse en un moignon dans lequel les insertions cæcales et mésentériques sont encore rapprochées et on exagère la flexion cæcale. Au contraire, en le divisant

en plusieurs pédicules, on rompt sa continuité, son attache cæcale n'est plus solidaire du mésentère, et la crosse se réduit.

Cœcoplicature (procédé Walther). — Elle se fait avec le fil de catgut o.o. qui vient d'enfouir le moignon appendiculaire sous un sujet séro-séreux.

L'aiguille de Reverdin à suture intestinale chemine sans la perforer, dans la paroi cæcale, de la bandelette postéro-externe à l'antérieure, entrant et sortant plusieurs fois avant d'accrocher le long chef du catgut qui est ainsi faufilé dans la paroi quand l'aiguille se retire.

Avant de serrer le fil, le point est passé, la surface du cæcum bien asséchée et touchée à l'iode pour favoriser la formation d'adhérences nécessaires à la solidité de la plicature. Le fil est alors serré, la paroi cæcale se fronce et toute la zone comprise entre les points extrêmes d'entrée et de sortie du fil s'invagine et s'enfouit.

Ce premier étage de suture est placé sur la partie antéro-interne du cæcum dans le voisinage du moignon appendiculaire enfoui. Un deuxième étage, parallèle au premier, décrivant une sorte de courbe à convexité externe, est placé de la même façon sur la paroi antérieure du cæcum à 1 cm. 5 en dehors du premier et ainsi de suite jusqu'à 4, 5 ou 6 étages successifs en prenant toujours la précaution de sécher la surface qu'on va enfouir et de la toucher à l'iode.

Au fur et à mesure que les étages de plicature se

succèdent, on voit disparaître progressivement les bosselures de la paroi cæcale et l'on peut s'arrêter quand il n'y a plus de cul-de-sac cæcal, le fond étant maintenant de niveau avec la terminaison du grêle. Le fil unique qui a servi à faire tous les étages est alors noué au chef court laissé au point de départ du sujet d'enfouissement.

Le cæcum ainsi rétréci forme maintenant une tumeur perceptible pendant plusieurs mois à travers la paroi abdominale mais qui disparaîtra peu à peu.

Epiploïte. — L'épiplon adhérent est libéré au doigt quand les adhérences sont molles, au bistouri si elles sont tenaces, par section entre deux ligatures quand elles affectent la forme de brides étroites et libres à leur partie moyenne.

Il faudra réséquer toute la partie malade en commençant toujours à gauche, là où il présente son aspect normal.

La résection se fera *au ras du côlon* par une série de ligatures au catgut fin, indépendantes les unes des autres, de façon à laisser le transverse reprendre sa forme et ses dimensions normales.

L'aide étalant à deux mains l'épiploon, l'attire à lui, le tient presque verticalement et présente sa face inférieure à l'opérateur.

Celui-ci peut ainsi explorer facilement chemin faisant la face antéro-inférieure du transverse, voir et libérer les anneaux péricoliques qui se présentent, soit au doigt soit au bistouri s'ils adhèrent intimement à la paroi intestinale.

Il divise successivement l'épiploon en pédicules de la grosseur d'un crayon qu'il lie et coupe, avançant ainsi petit à petit vers l'angle droit où les difficultés vont croissant. A ce niveau en effet l'épiploon se tasse, se sclérose, adhère à l'angle et à la paroi et son extériorisation devient plus pénible.

Il faut décoller au doigt les adhérences qui forment souvent plusieurs plans, l'un antérieur et externe se perdant au dehors de l'angle sur la paroi externe, c'est la corde prérénale, l'autre inter-colique unissant les deux branches de l'angle hépatique, le troisième souvent formé de lames multiples, se détachant de la face antérieure de l'angle et montant vers le vésicule, le foie, le duodénum.

On pose ainsi de 8 à 15 ligatures et il est bon de les repérer au fur et à mesure par des pinces pour les vérifier à la fin de l'opération.

Pendant toute cette libération, le côlon est arrosé de sérum physiologique chaud qui lui conserve son aspect normal et fait l'hémostase des petits suintements sanguins.

Brides, lames, adhérences. — Elles seront disséquées soigneusement, sectionnées entre deux ligatures, leurs moignons enfouis sous le péritoine. Si les surfaces cruentées sont étendues, il faudra faire une péritonisation soignée en surjet ou à points séparés. La conduite générale est la même qu'il s'agisse de brides du côlon ou de la terminaison du grêle.

Mais il est des cas de péricolite si étendue avec

rougeur diffuse, fausses membranes, voiles que la récidive paraît à peu près certaine.

Certains auteurs ont préconisé d'enduire ces surfaces enflammées de vaseline stérilisée, cette méthode ne paraît pas avoir donné les résultats qu'on en attendait.

M. Walther dans ces cas réalise une sorte d'ascite artificielle en introduisant dans la cavité abdominale du sérum artificiel chaud avant de fermer la paroi.

Ce n'est qu'après échec de ces moyens de dissection et de résection des adhérences, des brides des lames péricoliques qu'on pourra être amené à pratiquer les opérations plus graves d'anastomoses avec ou sans colectomie.

Soins post-opératoires, traitement médical. — Ces malades seront laissés, après l'intervention, à la diète sévère pendant plusieurs jours, glace sur le ventre.

Ils ne seront pas purgés, on attendra le retour spontané des fonctions intestinales qu'on pourra faciliter simplement par quelques lavements.

Pendant plusieurs mois, ils devront être maintenus à un régime alimentaire très strict, dont les œufs, le lait, les graisses seront exclues. La gymnastique abdominale, l'air chaud, la lumière seront de précieux adjuvants.

Ce traitement médical a la plus grande importance pour assurer la guérison définitive, car il ne faut pas oublier que l'appendice enlevé, les brides sectionnées,

les coudures et les dilatations de l'intestin réduites, il peut persister pendant longtemps encore de la colite, souvent remarquablement améliorée par l'intervention, mais qui évolue aussi souvent pour son propre compte et se manifeste par des poussées aiguës aux écarts de régime trop précoces.

OBSERVATIONS
(Résumées)

Observation I. — R... Gabrielle, dix-neuf ans. Opérée le 21 janvier 1913 (M. Baumgartner). Epiploon très gros adhérent dans le petit bassin, inflammation chronique, résection en 19 pédicules. Appendice très enflammé à sa partie moyenne. Ablation.

Obs. II. — R..., infirmier. Opéré le 23 janvier 1913 (M. Baumgartner). Appendice de 10 centimètres d'épaisseur, dur, scléreux sur toute sa longueur, couvert d'arborisations vasculaires et de stigmates de péritonite chronique. Cæcum dilaté, suppression du cul-de-sac cæcal par quatre étages de plicature. Appendicectomie.

Obs. III. — P... Constance, vingt-sept ans. Opérée le 24 janvier 1913 (M. Walther). Le côlon ascendant jusqu'à l'angle droit est recouvert d'un voile de péritonite à vaisseaux parallèles avec franges épiploïques développées et enflammées. Elle est à peine marquée sur le cæcum. Libération de cette lame. Appendice rétro-cæcal de 11 centimètres, épaissi, vascularisé, sclérosé, enflé à sa partie terminale, laissant voir par transparence des taches brunes qui correspondent aux plaques de folliculite hémorragique. Son méso est épaissi, sa surface est nacrée, sclérosée. Ablation. Pédi-

cule iléo-cæcal de 5 centimètres, cæcum épaissi, dilaté : cæcoplicature en six étages. Pas d'épiploïte, les lésions sont nettement localisées au côlon ascendant.

Obs. IV. — V... Marguerite, dix-huit ans. Opérée le 30 janvier 1913 (M. Baumgartner). On ne trouve pas le cæcum dans la fosse iliaque, l'incision est agrandie. En tirant sur l'épiploon, on amène le transverse puis l'angle hépatique. Le cæcum est retourné complètement en position sous-hépatique. Le grêle remonte de la fosse iliaque à la région sous-hépatique, une sorte de méso fibreux très solide l'unit à la fosse iléo-lombaire.

L'appendice est sous-hépatique en dehors du cæcum, il est court, très enflammé, caché par une série de mésos graisseux, irréguliers, qui le recouvrent complètement ainsi que le cæcum très enflammé. Appendicectomie. L'extrémité droite de l'épiploon est réduite à une bande longitudinale dont l'extrémité droite est congestionnée. Résection en six pédicules.

Obs. V. — A... Vera, vingt-deux ans. Opérée le 5 février 1913 (M. Walther). Appendicite chronique. Epiploïte libre légère. Appendicectomie. Epiploectomie en sept pédicules.

Obs. VI. — F... Henri, trente et un ans. Opéré le 14 février 1913 (M. Walther). Laparotomie latérale haute pour exploration de la vésicule. Epiploon normal sauf à droite où on trouve quelques plaques granitées, une coloration hortensia, à l'angle il est rouge vif, épaissi, avec de grosses plaques indurées. A sa face inférieure partent deux brides péricoliques qui vont s'insérer à la face inférieure du côlon transverse au niveau de son bord adhérent. Elles adhèrent

à l'intestin, dissection et résection. Ablation de l'épiploon droit en neuf pédicules. En agrandissant l'incision en haut, on trouve une nouvelle masse épiploïque adhérente à la vésicule, elle est libérée au doigt et réséquée en cinq pédicules. Vers la partie moyenne du côlon ascendant commence une large lame qui le cache complètement et qui descend jusqu'à la fosse iliaque. Le cæcum jusque-là introuvable est recherché en suivant le grêle. On le trouve alors caché par cette lame. L'appendice est gros, rouge, œdématié, en érection, couvert de stigmates de péritonite chronique, le cæcum est enflammé, couvert de membranes, appendicectomie.

La vésicule est souple, bleue, se vide bien, on la suit jusqu'au cholédoque sans trouver rien d'anormal.

Obs. VII. — V... Jean, dix-neuf ans. Opérée le 13 février 1913 (M. Baumgartner). Appendicite chronique, épiploïte adhérente dans la fosse iliaque droite, au cæcum et au grêle. Résection.

Obs. VIII. — G..., trente-cinq ans. Opéré le 27 février 1913 (M. Baumgartner). Appendicite chronique, épiploïte libre, résection en 12 pédicules.

Obs. IX. — M... Abraham, trente-six ans. Opéré le 9 mars 1913 (M. Walther). Epiploïte typique, gras, friable, par places de grandes plaques granitées. Près de l'angle droit il forme un anneau péricolique, à l'angle masse épiploïque qui remonte sous le foie. Le cæcum est sous-hépatique, il est rouge, couvert de lames péritonéales. Appendice enflammé 11 centimètres. Appendicectomie, épyloectomie.

Obs. X. — P... Séraphine. Opérée le 15 avril 1913

(M. Baumgartner). Appendicite. Cæcum flasque, atone, dilaté. Cæcoplicature.

Obs. XI. — B..., trente-trois ans. Opéré le 13 mai 1913 (M. Baumgartner). Appendicite. Bride épiploïque venant adhérer sur la bandelette antérieure du côlon ascendant sur une hauteur de 10 centimètres, épiploectomie.

Obs. XII. — R... René, seize ans. Opérée le 16 mai 1913 (Baumgartner). Appendicite. Epiploïte très nette. Résection.

Obs. XIII. — R... Georgette, quinze ans. Opérée le 28 mai 1913 (M. Walther). Appendicite, épiploïte légère. Résection en 7 pédicules.

Obs. XIV. — J..., vingt-deux ans. Opéré le 29 mai 1913 (M. Walther). Appendicite, épiploïte avec plaques rouges et zones de rétraction, épaississement vers l'angle droit. Résection en 8 pédicules.

Obs. XV. — D... Renée, seize ans. Opérée le 3 juin 1913 (M Walther). Epiploon couvert de granulations dans sa moitié droite, blanches, d'aspect fibreux. Aucune granulation sur l'intestin, sauf sur l'angle iléo-cæcal qui en est couvert ainsi que l'appendice. Sur la terminaison quelques plaques blanchâtres. Appendice de 15 centimètres. Sclérose, entouré de néo-membranes. Vieille appendicite chronique probablement tuberculeuse, pas d'ascite. Appendicectomie et épiploectomie.

Obs. XVI. — B... Alexandre, cinquante ans. Opéré le 4 juillet 1913 (M. Walther). Epiploïte du tiers droit, au niveau de l'angle droit un anneau péricolique en ptérygion, bride prérénale ; cul-de-sac cæcal distendu. Résection de

l'épiploon, cæcoplicature en 7 étages. Appendicectomie. Appendice sclérosé à la pointe.

Obs. XVII. — M... Félix. Opération le 18 juillet 1913 (M. Walther). Epiploïte des deux tiers droits plus marquée à l'angle. Anneau péricolique. Résection en 12 pédicules. appendice de 18 centimètres, ablation.

Obs. XVIII. — V..., trente-trois ans. Opéré le 9 octobre 1913 (M. Baumgartner). Appendicite, épiploïte libre. Résection.

Obs. XIX. — A... Angèle. Opérée le 10 octobre 1913 (M. Walther). Epiploon adhérent à la paroi et à la fosse iliaque enveloppe l'appendice. Lame de deux travers de doigt unissant le transverse à l'ascendant, bride prérénale. Résection en 15 pédicules. Appendice 12 centimètres gros, enflammé, cæcum recouvert par un double voile membraneux. Appendicectomie.

Obs. XX. — Z..., Augustine, quarante-trois ans. Opérée le 29 octobre 1913 (M. Walther). Epiploon dur, adhérent à la paroi. Côlon altéré, rouge, saignant facilement. Appendice sclérosé, épaissi, ablation. Epiploectomie en 10 pédicules.

Obs. XXI. — L... Alfred, soixante-sept ans. Opéré le 12 décembre 1913 (M. Baumgartner). Vieille cholécystite, vieille appendicite chronique et épiploïte très accentuée. Ablation de l'appendice, de la vésicule et de l'épiploon.

Obs. XXII. — B... Epiploïte libre. Ablation en 9 pédicules. Appendicectomie.

Obs. XXIII. — Appendicite et épiploïte adhérente au cæcum.

Obs. XXIV. — Appendice et épiploïte adhérente à l'angle droit.

Obs. XXV. — T... Marie, trente-sept ans. Opérée le 18 mars 1914. Appendicectomie. Epiploectomie. Exploration de la vésicule saine. Hystéropexie. L'angle droit et la moitié droite du transverse sont enveloppés d'une lame épiploïque inflammatoire. Dilatation de l'ascendant qui est en crosse. Appendice recouvert d'un voile membraneux, très altéré.

Obs. XXVI. — D... Charles, quinze ans. Opéré le 21 avril 1914. Appendicite, épiploïte adhérente.

Obs. XXVII. — H... Emilienne, vingt et un ans. Opérée le 29 avril 1914 (M. Walther). Appendicite. Epiploon adhérent à la base de l'appendice, à la fosse iliaque, à la paroi antérieure. Résection en 15 pédicules. Appendice très long, tordu sur son méso.

Obs. XXVIII. — V... Louise, trente ans. Opérée le 6 mai 1914 (M. Walther). Côlon ascendant couvert de fausses membranes rouges adhérant à la paroi. Epiploon adhérent, un anneau péri-cæcal. Appendice de 6 centimètres rétro-cæcal, rouge, entouré d'adhérences. Trace de perforation à la partie moyenne. Ablation et épiploectomie.

Obs. XXIX. — P... François, quarante-trois ans. Opéré le 13 mai 1914 (M. Walther). Incision transversale. Exploration du foie un peu ptosé, de la vésicule, du pylore sains. Péricolite de l'angle droit et épiploïte chronique à ce niveau. Résection en 9 pédicules. Une bride plicature le côlon. Appendice, 11 centimètres, très altéré surtout à la pointe, contient de gros calculs stercoraux. Cæcum dilaté, cæco-plicature en 6 étages.

Obs. XXX. — L... André, cinquante-cinq ans. Opéré le 19 mai 1914 (M. Baumgartner). Epiploïte adhérente de la fosse iliaque droite au grêle, au cæcum autour de l'appendice. Ablation.

Obs. XXXI. — R... Louise, seize ans. Opérée le 20 mai 1914 (M. Walther). Epiploon fixé sur l'angle iléo cæcal. Appendice transversal allant du cæcum où il y a une ulcération à la base ; au grêle sur lequel il y a une autre ulcération. Enfouissement des ulcérations, appendicectomie. L'appendice porte les traces de deux perforations anciennes à la base et à la pointe. Epiploectomie en 6 pédicules.

Obs. XXXII. — R... Blanche, trente et un ans. Opérée le 20 mai 1914 (M. Baumgartner). Incision transversale. Appendicite et cholécystile.

Obs. XXXIII. — C... Elisabeth, vingt-cinq ans. Appendicite et cholécystite.

Obs. XXXIV. — C... Maurice, vingt et un ans. Opéré le 26 mai 1914 (M. Beaumgartner). Appendice. Dilatation du cæcum-cæroplicature en 4 étages.

Obs. XXXV. — R... Martin, cinquante-sept ans. Opéré le 26 mai 1914 (M. Baumgartner). Epiploïte à droite. Vieux foyer appendiculaire aux adhérences du grêle. Appendice sectionné. Epiploectomie en 4 pédicules.

Obs. XXXVI. — R... Hélène, dix-huit ans. Opérée le 26 mai 1914 (M. Baumgartner). Ovaire droit scléro-thriptique. Résection partielle. Epiploon enflammé adhérent au cæcum et à la base de l'appendice. Résection en 4 pédicules. Appendice épais, sclérosé avec cavité complètement oblitérée à la base

et à la pointe. Dans la paroi cæcale près de l'appendice et lui adhérant un kyste de la grosseur d'une noisette à contenu gélatineux. Résection et suture de la paroi cæcale.

Obs. XXXVII. — J... Virginie, vingt-quatre ans. Opérée le 25 mai 1914 (M. Walther). Appendicite. Cæcum ptosé et dilaté, cæcoplicature. Un voile péritonéal à vaisseaux parallèles sur le côlon ascendant.

Obs. XXXVIII. — L... Germaine, vingt-sept ans. Opérée le 30 mai 1914 (M. Baumgartner). Incision médiane sous-ombilicale. Cæcum prolabé. Appendice très adhérent dans la fosse iliaque, enflammé à la pointe. Ablation. Epiploon très gros et enflammé à droite. Résection en 6 pédicules et section d'une bride péricolique autour du transverse. Ovaires très adhérents au Douglas. Libération et résection partielle.

Obs. XXXIX. — G... Lætitia, trente-trois ans. Opérée le 2 juin 1914 (M. Baumgartner). Cæcum prolabé, dilaté, une bride de péricolite enserre la partie moyenne du côlon ascendant. Libération. Cæcoplicature.

Obs. XL. — G... Emmanuelle, trente-deux ans. Opérée le 7 juillet 1914 (M. Baumgartner). Appendicite, épiploïte libre. Résection en 11 pédicules.

Obs. XLI. — R... Marie, trente et un ans. Opérée le 15 juillet 1914 (M. Walther). Incision transversale. Vésicule grosse, tendue, en rétention, contient des calculs, toute sa face inférieure est recouverte d'adhérences épiploïques étendues. Résection et ablation de la vésicule. Pylore et angle duodénal sains. Grosse épiploïte de l'angle droit qui est coudé, l'épiploon vient s'insérer sur l'ascendant. Résection en 13 pé-

dicules. Appendice sous-iléo-cæcal épaissi, dur, sclérosé à la pointe : 11 centimètres, ablation.

Obs. XLII. — G... Georges, quarante-six ans. Opéré le 24 juillet 1914 (M. Walther). Incision transversale sus-ombilicale.

Adhérence d'une frange épiploïque au côlon tout près du cæcum. Appendice sclérosé, coudé par des lames péritonéales surajoutées au méso. Résection de l'appendice très altéré, épiploon lourd, épaissi, brides épiploïques, ligne de bordure, plaques granitées disséminées, quelques brides autour du transverse près de l'angle gauche. Résection de l'épiploon en 10 pédicules. Pylore épaissi. Gastro-entérostomie verticale postérieure transméso-colique.

Obs. XLIII. — V... Irène, dix-neuf ans. Opérée le 29 juillet 1914 (M. Walther). Incision médiane sous-ombilicale. cæcum ptosé, dilaté, appendice de 11 centimètres, épais, rouge, coudé en son milieu par rétraction au méso et tordu sur lui. Membranes péritonéales autour de lui. Appendicectomie cæcoplicature en 6 étages.

Ovaires prolabés dans le Douglas. Varicocèle sous-tubaire. Ligamentopexie.

Obs. XLIV. — D... Léon, quarante et un ans. Opéré le 22 septembre 1914 (M. Baumgartner). Appendice rétro-cæcal. Cæcum uni à la fosse iliaque par des adhérences. Libération du cæcum. Appendicectomie. Transverse et ascendant unis en canon de fusil par une lame de l'angle colique. Libération.

Obs. XLV. — V... Joseph. Opéré le 4 décembre 1914 (M. Walther). Côlon ascendant couvert de stigmates de

péritonite chronique formé de polypes isolés fibro-graisseux représentant en miniature des franges épiploïques. Appendice rouge, tordu par un méso falciforme large. Appendicectomie, épiploïte subaiguë de la moitié droite avec plaques rosées, granitées. A l'angle droit il est épais, granuleux et forme une masse dure. Résection.

Obs. XLVI. — F... Madeleine, vingt-deux ans. Opérée le 18 décembre 1914 (M. Baumgartner). Cæcum distendu. Cæcoplicature. Appendicectomie. Côlon ascendant adhère à la paroi le long de son bord externe par des adhérences pathologiques. Libération, section des adhérences et péritonisation des surfaces cruentées.

Obs. XLVII. — B... Alphonsine. Opérée le 26 décembre 1914 (M. Walther). Appendicite chronique et cholécystite.

Obs. XLVIII. — R... Maria, vingt-sept ans. Opérée le 16 avril 1915 (M. Walther). Appendicite. Cæcum énormement dilaté. Plicature.

Obs. XLIX. — C... Augustine. Opérée le 6 mai 1915 (M. Pauchet). Appendicite. Occlusion chronique par bride circulaire de la fin du grêle. Libération et péritonisation de la surface cruentée.

Obs. L. — V... Marie, vingt-deux ans. Opérée le 12 mai 1915 (M. Pauchet). Appendicite. Coudure de l'angle hépatique par adhérences épiploïques. Libération.

Obs. LI. — T... Andrée, vingt-quatre ans. Opérée le 18 mai 1915 (M. Walther). Appendicite chronique. Tout l'épiploon et le côlon transverse sont adhérents à la paroi antérieure, libération, résection de l'épiploon en 10 pédicules.

Appendice intra-mésentérique, contient sang, pus et matières.

Obs. LII. — W... Renée, vingt ans. Opérée le 20 mai 1915 (M. Pauchet). Cæcum volumineux auquel adhère l'épiploon. Libération. Membrane de Jackson sur l'ascendant, ganglions dans le mésentère. Plicature du cæcum.

Obs. LIII. — G... Marie, vingt-cinq ans. Opérée le 7 juin 1915 (M. Pauchet). Appendicectomie cæcoplicature.

Obs. LIV. — L... Louis, trente-sept ans. Opérée le 9 juin 1915 (M. Walther). Appendicite chronique. Cæcoplicature.

Obs. LV. — G... Marcelle. Opérée le 15 juin 1915 (M. Pauchet). Appendicite. Cæcoplicature.

Obs. LVI. — T. Katia, quinze ans. Opérée le 2 juillet 1915 (M. Pauchet). Appendicite. Cæcoplicature.

Obs. LVII. — T... Marie, trente ans. Opérée le 13 juillet 1915 (M. Walther). Appendicite. Epiploïte libre.

Obs. LVIII. — G... Roger, trente-six ans. Opéré le 24 août 1915 (M. Walther). Malade envoyé avec le diagnostic de cholécystite. Incision transversale droite. Appendice bridé par méso rétracté contre la fosse iliaque, 12 centimètres, rouge couvert de placards hémorragiques. Ablation. Epiploon très enflammé mais non adhérent. A droite il se tasse en un moignon ayant la consistance de cuir. Accolement du côlon ascendant et transverse en canon de fusil. Vésicule biliaire saine.

Obs. LIX. — G... Clément, trente ans. Opéré le 8 août 1915 (M. Pauchet). Appendicite. Epiploïte. Vésicule saine.

Obs. LX. — D... Dilatation du cæcum. Cæcoplicature en 6 étages. Appendice scléreux.

Obs. LXI. — Néphropexie et appendicite par la voie lombaire.

Obs. LXII. — G... R. Opéré le 30 novembre 1915 (M. Walther).

Opéré anciennement d'appendicite à chaud. L'appendice n'a pas été enlevé. Epiploon adhérent à la cicatrice. Angle droit du côlon adhérent à la partie supérieure de la cicatrice. Côlon ascendant énorme. Résection de la moitié droite de l'épiploon enflammé. Appendice de 10 centimètres couvert de plaques rouges. Méso avec ganglions.

Obs. LXIII. — H... Louis, trente et un ans. Opéré le 14 décembre 1915 (M. Walther). Diagnostic, appendicite et cholécystite. Incision transversale droite. Vésicule normale. Appendice tordu sur son méso. Gros calculs stercoraux. Cæcoplicature en 6 étages.

Obs. LXV. — G... Marie-Thérèse, vingt-cinq ans. Opérée le 25 décembre 1915 (M. Pauchet). Opérée antérieurement d'appendicite. Douleurs et troubles digestifs persistants. Le grand épiploon adhère à la cicatrice. L'angle droit est tiraillé par une bride formant un angle aigu et fixant l'intestin à l'extrémité supérieure du rein et à la face externe du duodénum. L'angle droit est fermé par une bride d'accollement. Coudure de Lane à la terminaison du grêle. Double voile à vaisseaux parallèles sur l'ascendant.

Obs. LXVI. — C... Sophie, trente-cinq ans. Opérée le 22 décembre 1915 (M. Pauchet). Appendice sclérosé. Sou-

dure complète de l'angle hépatique. Dissection, péritonisation.

Obs. LXVII. — L... Jeanne, vingt-quatre ans. Opérée le 25 janvier 1916 (M. Walther). Appendice très altéré, long, adhérent à la pointe, contenant sang et boulettes fécales. Ulcérations de la muqueuse. Cæcum prolabé et dilaté, cæcoplicature.

Obs. LXVIII. — D... Marthe, trente-six ans. Opérée le 27 janvier 1916 (M. Pauchet). Incision médiane. Estomac congestionné mais normal. Vésicule normale. Epiploon adhérent aux organes voisins. Epiploïte chronique. Appendice scléreux. Appendicectomie, épiploectomie. Cæcum distendu. Membrane de Jackson très épaisse. Côlon ascendant soudé au transverse. Cæco-sigmoïdostomie en 3 plans.

Obs. LXIX. — L... Léon, quarante ans. Opéré le 22 février 1916 (M. Walther). Appendicite. Epiploïte, plaques granitées, filaments et étoiles de sclérose. Bande de bordure. Résection.

Obs. LXX. — J... Louise. Opérée le 25 février 1916 (M. Pauchet). Opérée antérieurement d'appendicite. Persistance des troubles digestifs, de la constipation, des douleurs. Colectomie. Anastomose iléo-sigmoïdienne.

Obs. LXXI. — L... Jules, cinquante-trois ans. Opéré le 28 mars 1916 (M. Walther). Epiploïte : rougeur, plaques granitées, quelques brides en anses. A droite, l'épiploon s'épaissit en une masse rouge, dure, englobant l'angle droit dont les deux branches sont accolées en canon de fusil. Résection en 13 pédicules. Cæcum extrêmement dilaté. Appendice sclérosé. Cæcoplicature en 5 étages.

Obs. LXXII. — F... Maria, seize ans. Opérée le 29 mars 1916 (M. Walther). Epiploon complètement adhérent à la paroi et au côlon. Libération de ces adhérences. Epiploon dur, scléreux. Résection. Pédicule iléo-cæcal de 12 centimètres. Côlon ascendant ptosé en crosse, recouvert de péritonite chronique. Appendice de 18 centimètres.

Obs. LXXIII. — L... Georgette, dix-huit ans. Opérée le 3 mai 1916 (M. Pauchet). Incision médiane. Appendice chroniquement enflammé, très haut placé, coudé. Ganglions dans le méso. Appendicectomie. Coudure de Lane à la fin du grêle. Cæcum renversé, le fond dirigé en haut. Côlon transverse formant canon de fusil avec l'ascendant. Bride entre le vésicule et l'angle. Enroulement de l'épiploon sclérosé, atrophié autour du transverse. Libération de l'épiploon qui est placé dans l'arrière-cavité. Suture de la grande courbure au côlon transverse. Section des brides et péritonisation.

Obs. LXXIV. — Epiploïte chronique. Résection (M. Pauchet).

Obs. LXXV. — S..., vingt-sept ans. Opéré le 19 mai 1916 (M. Walther). Opéré anciennement d'appendicite. Cæcum dilaté, prolabé avec cul-de-sac, descendant à 4 travers de doigts au-dessous de l'embouchure du grêle. Tiraillement de la fin de l'iléon par une bride péritonéale de deux travers de doigs d'étendue. Sur la face antérieure du cæcum, sorte de cravate formée par l'adhérence au cæcum de franges épiploïques. Libération. Suppression du cæcum par 7 étages de plicatures. Sur l'ascendant franges épiploïques hypertrophiées, adhérence par une de ces franges entre le transverse et l'ascendant à sa partie moyenne.

Obs. LXXVI. — P... Marcelle, vingt-sept ans. Opérée le 30 mai 1916 (M. Walther). Appendicite. Epiploïte libre de l'angle droit.

Obs. LXXVII. — M... Alice, trente-deux ans. Opérée le 30 mai 1916 (M. Walther). Epiploïte de la partie droite qui vient adhérer au cæcum, à la trompe droite au fond de l'utérus. Il est rouge, tassé, épaissi, consistance de cuir. Accolement des deux branches de l'angle droit par rétraction de l'épiploon et sous lui lame intercolique. Sur la face antérieure de l'ascendant passe une masse épiploïque qui va se jeter dans la région prérénale. Résection en 13 pédicules. Cæcum ptosé, dilaté, cæcoplicature en 7 étages.

Obs. LXXVIII. — F... Louis, trente-sept ans. Opéré le 7 juin 1916 (M. Walther). Appendicite chronique avec douleur cystique et gros foie. Incision transversale : vésicule saine. Epiploïte de l'angle droit. Résection en 8 pédicules. Appendice malade scléreux.

Obs. LXXIX. — M. K..., trente-trois ans. Opéré le 22 juin 1916 (M. Walther). Epiploon adhérent au bassin. Epiploïte surtout de la partie moyenne diminuant à droite, contrairement à la localisation habituelle. Résection en 13 pédicules. Appendice sclérosé.

Obs. LXXX. — A... Abraham, vingt-huit ans. Opéré le 28 juin 1916 (M. Walther). Appendicectomie antérieure. Persistance des douleurs. Adhérences épiploïques au niveau de la cicatrice. L'épiploon est adhérent au cæcum qui est tiraillé et coudé. Epiploïte de l'angle. Adhérence au côlon transverse entouré d'un voile complet. Résection en 10 pédicules.

Obs. LXXXI. — D... James, trente-huit ans. Opéré le 19 juillet 1916 (M. Walther). Grosse épiploïte de l'angle droit et de la moitié droite. Plaques granitées. L'angle est fusionné avec l'épiploon et la séparation en est difficile parce qu'il y a de larges plaques d'insertion en ptérygion. Résection de la moitié droite en 15 pédicules. Côlon ascendant prolabé en crosse. Cæcum retourné. Appendice court, folliculite hémorragique.

Obs. LXXXII. — D... J.-Jacques, vingt-quatre ans. Opéré le 5 septembre 1916. (M. Walther). Cicatrice éventrée d'appendicectomie à chaud. Le côlon, l'angle iléo-cæcal et la moitié de l'ascendant adhèrent à la paroi au point qu'on est obligé d'entamer celle-ci pour les libérer. Péritonisation de la surface cruentée par suture à point séparés. L'épiploon adhère à la partie inférieure de la cicatrice et dans le bassin. Résection en 8 pédicules.

Obs. LXXXIII. — B... Zélie, cinquante et un ans. Opérée le 26 septembre 1916 (M. Walther). Côlon ascendant prolabé retourné en crosse, cæcum retourné. Appendice rétro-cæcal et rétro-colique. Ablation, épiploïte chronique, brides et anneaux péricoliques.

Dans sa moitié droite le transverse est complètement voilé par une lame épiploïque qui vient le rejoindre près de l'insertion de son méso. Dissection au bistouri de cette lame, résection de l'épiploon en 12 pédicules.

Obs. LXXXIV. — G... Léontine, dix-huit ans. Opérée le 27 septembre 1916 (M. Walther). Côlon ascendant prolabé, cæcum en crosse relevé par le méso, appendice. Appendice très altéré contenant sang et boulettes fécales. Grosse folli-

culite hémorragique en placards à la base, épiploïte de l'angle droit avec grosse bande de bordure et plaques granitées. Résection en 7 pédicules.

Obs. LXXXV. — L... Ethelle, trente-six ans. Opérée le 11 octobre 1916 (M. Walther). Incision verticale contre le bord du droit, épiploon très gras avec épiploïte de l'angle, teinte rosée, plaques granitées, bande de bordure.

Le côlon transverse est rétréci à trois travers de doigts au-dessus du cæcum par une bride épiploïque allant adhérer à la paroi. Grosses lames péricoliques de nouvelle formation. Libération de l'intestin. Au-dessous second anneau en formation, épiploectomie en 10 pédicules.

Appendice rétro-colique ascendant, cæcum gros. Appendice très altéré, vésicule adhérente par son fond à une énorme masse épiploïque de l'angle, parois épaisse contient 3 calculs à facette et 1 gros qui bloque le col. Cholécystectomie.

Obs. LXXXVI. — D... J.-Jacques, quarante-quatre ans. Opéré le 28 novembre 1916 (M. Walther). Appendicite, épiploïte à droite.

Obs. LXXXVII. — M. Jeanne, vingt ans. Opérée le 8 décembre 1916 (M. Pauchet). Stase intestinale chronique chez une malade ayant déjà subi l'appendicectomie, le bismuth reste quarante-huit heures dans le cæcum.

Colectomie sub-totale; on laisse le descendant, fermeture en cul-de-sac de l'extrémité supérieure du côlon et de l'extrémité terminale du grêle. Anastomose latéro-latérale, introduction d'un tube de Faucher dans l'anastomose.

Obs. LXXXVIII. — M... Henri, vingt ans. Opéré le 4 janvier 1917 (M. Walther). Appendicite, épiploïte de l'angle droite.

Obs. LXXXIX. — D... Jean. Opéré le 28 février 1917 (M. Walther). Appendicite chronique sans crises avec troubles intestinaux accentués, épiploon adhérent à la paroi abdominale antérieure, libération. A gauche de la ligne médiane il y a des franges qui vont s'attacher dans le petit bassin et à la vessie épiploïte de la moitié droite. Coudure de l'angle droit en canon de fusil, bride prérénale. L'angle droit est de plus recouvert d'une grosse lame épiploïque s'étendant du transverse à l'ascendant jusqu'au cæcum, libération et résection de l'épiploon en 12 pédicules. Côlon ascendant couvert d'une lame péritonéale à vaisseaux parallèles, pérityphlite, appendicite.

Obs. XCX. — J... Sylvain, trente-quatre ans. Opéré le 28 février 1917. (M. Walther). Appendicite chronique avec retentissement sur le foie, probablement épiploïte de l'angle, la radioscopie semble indiquer des adhérences autour de la vésicule. Incision haute. Rien au foie ni à la vésicule.

Epiploïte de la moitié droite. Résection en 7 pédicules. Foie gros. Cæcum inverse. Appendice rétro-colique folliculite avec 2 ulcérations.

Obs. XCXI. — L... René, trente-deux ans. Opéré le 4 avril 1917 (M. Walther). Appendicite chronique. Epiploïte, péricolite, pericholécystite, périgastrite.

Incision transversale, vésicule normale, mais adhérences épiploïques molles à la face antérieure, dissection.

Adhérences péripyloriques. Transverse entouré d'épiploon,

accollement des deux branches de l'angle droit par une lame épaisse, résection de l'épiploon en 11 pédicules. Côlon et cæcum dilatés, appendice malade.

Obs. XCII. — T... Roger, trente et un ans. Opéré le 11 avril 1917 (M. Walther). Epiploïte de l'angle droit, où il est rouge, avec flaques granitées et bande de bordure légère. Résection en 8 pédicules. A l'angle le côlon est rouge. L'ascendant est prolabé, non dilaté, en crosse retenu en haut par le méso. Appendice ascendant rétrocolique.

Appendice contient sang et pus. Folliculite à la pointe.

Obs. XCIII. — B... Marie, trente ans. Opérée le 11 avril 1917 (M. Walther). Rein mobile, appendicite.

Incision lombaire, rein très mobile, capsule épaisse couverte de filaments, d'adhérences, néphropexie.

Incision du péritoine, exploration de l'angle droit, épiploïte. Résection en 8 pédicules. Accolement des deux branches par lame intercolique : dissection.

Cæcum retourné en crosse recouvert d'un voile membraneux à vaisseaux parallèles, libération, appendicectomie. Appendice de 7 centimètres, coudé au milieu, plaque de folliculite à ce niveau.

Obs. XCIV. — G... Marie, trente ans. Opérée le 14 mai 1917 (M. Walther). Appendicite chronique, ptose du côlon transverse et de l'ascendant, pas d'épiploïte, cæcum ptosé, dilaté, long pédicule iléo-cæcal de 12 centimètres. Appendice tordu sur son méso, falciforme, étroit. Appendicité, contenu sang noir. Gros placards de folliculite hémorragique avec ulcérations. Cæcoplicature en 5 étages.

Obs. XCV. — V... François, trente-deux ans. Opéré le 24 mai 1917 (M. Walther). Douleur après opération d'appendicite à chaud. Epiploon adhère à la cicatrice et le côlon transverse est maintenu dans la fosse iliaque. Epiploïte chronique avec gros noyaux d'induration. Résections en 14 pédicules, cæcum gros, bosselé, dilaté, appendice retrocolique à méso court, il est dur sclérosé, ablation.

Cæcoplicature en 6 étages.

Obs. XCVI. — D... Henri, dix-neuf ans. Opéré le 27 juillet 1916 (M. Walther). Côlon transverse ptosé, épiploïte à droite, bride précolique. Résection en 8 pédicules.

Appendice tordu sur son méso. Un ganglion dans le méso. Folliculite sur toute la hauteur.

Obs. XCVII. — G... Maurice, trente-quatre ans. Opéré le 18 juillet 1917 (M. Walther). Epiploïte chronique adhérence à la paroi antérieure et à la vessie, libération. Lésions surtout marquées à droite, qu'on réséque en 10 pédicules. Appendice gros à parois épaisses, folliculite sur toute la hauteur avec une grosse ulcération.

Obs. XCVIII. — G... Jules, quarante ans. Opéré le 27 juillet 1917 (M. Walther). Epiploon altéré dans sa moitié droite. Résection en 11 pédicules. Côlon ascendant prolabé, cæcum coudé par l'angle iléo-cæcal. Appendice de 9 centimètres, peu altéré en apparence, sauf la pointe qui porte les traces d'une perforation ancienne. Le bout est complètement détaché. Le cæcum rosé présente les stigmates de péritonite chronique sous forme de petits polypes graisseux longuement pédiculés disséminés sur toute sa surface.

Obs. IC. — T. . Boris, trente-quatre ans. Opéré le 24 juillet 1917 (M. Walther). Epiploïte chronique à droite avec plaques granitées et bande de bordure, tunnel péricolique entourant le transverse sur une longueur de 6 centimètres. Résection en 9 pédicules. Appendice long et tordu sur son méso. Stigmates de péritonite chronique sous forme de petites granulations rouges et de polypes graisseux. Contenu sang noir. Calculs stercoraux. Parois épaisses. Folliculite en nappe.

Obs. C. — S... René, vingt ans. Opéré le 25 juillet 1917 (M. Walther). Côlon ascendant prolabé en crosse. Cæcum épais non dilaté. Appendice de 12 centimètres, gros, tendu en érection, couvert de stigmates de péritonite chronique. Epiploïte de l'angle soudant les deux branches. Résection en 13 pédicules.

Obs. CI. — F... Raoul, vingt-cinq ans. Opéré le 17 août 1917 (M. Walther). Douleurs cæcales et coliques persistant après appendicectomie faite en 1912.

Adhérences de l'épiploon sur une hauteur de 12 centimètres à la cicatrice. Accolement du côlon transverse et de l'ascendant par une lame d'épiploon doublée de grosses brides fibreuses et nacrées. En libérant cette lame, on s'aperçoit qu'elle recouvre une anse grêle qui se trouve incluse sous elle et accolée d'une part au transverse, d'autre part à l'ascendant. Libération de ses adhérences et résection de l'épiploon en 15 pédicules. Cæcum dilaté, cæcoplicature en 5 étages.

Obs. CII. — B... Louis, quarante-huit ans. Opéré le 4 septembre 1917 (M. Walther). Cæcum prolabé, non dilaté mais

flasque, couvert de vaisseaux parallèles et d'un voile péritonéal de nouvelle formation. Sur le flanc droit du cæcum et du côlon stigmates de péritonite chronique sous forme de brides d'un blanc nacré, transversales, surajoutées au méso-côlon et étagées sur toute la hauteur du côlon. Appendice épais vascularisé. Libération des brides cæcales et colique. Epiploïte formant à droite un gros paquet scléreux s'avançant jusqu'au pylore. A la partie droite du transverse tunnel péricolique large de 6 centimètres. Résection de l'épiploon en 16 pédicules.

Obs. CIII. — T... Henri, trentre-quatre ans. Opéré le 28 septembre 1917 (M. Walther). Appendicite épiploïte chronique libre.

Obs. CIV. — M... Henriette, vingt-neuf ans. Opérée le 12 octobre 1917 (M. Walther). Néphropexie et appendicite.

Obs. CV. — F... Maurice, trente ans. Opéré le 15 novembre 1917 (M. Walther). Appendicite et épiploïte libre.

CONCLUSIONS

L'anatomie et la physiologie s'accordent pour donner au côlon droit (cæcum et appendice, côlons ascendant et transverse), une autonomie qu'on retrouve au point de vue pathologique. On peut ainsi isoler un syndrome colique ou iliaque droit, dans lequel l'appendice enflammé joue un rôle important, mais où les lésions associées de colite, de péricolite, d'épiploïte sont fréquentes.

Il est difficile de déterminer cliniquement la part qui revient à chacune de ces lésions dans la constitution du syndrome, parce qu'elles sont *associées* et non pas isolées, et que ces organes malades réagissent les uns sur les autres ; mais l'appendice est le plus fréquemment touché. Le terme d'appendicite chronique est donc le meilleur, il a de plus l'avantage d'attirer l'attention sur l'organe dangereux, celui qui se perfore.

Au cours de l'opération pour appendicite chronique ainsi comprise, il faut pratiquer une exploration systématique de l'abdomen, examiner particulièrement la terminaison du grêle, le cæcum, l'ascendant, l'angle hépatique, la partie droite du transverse et

l'épiploon. La cæcoplicature, la résection de l'épiploon, celle des brides et lames péricoliques sont le complément indispensable de l'appendicectomie.

Ces opérations bénignes, qui n'aggravent pas le pronostic opératoire, mettent le côlon droit dans de bonnes conditions de guérison en supprimant les causes d'irritation et de stase, mais la guérison définitive ne pourra être assurée dans bien des cas que par un traitement médical prolongé, dirigé contre la colite.

Ce n'est qu'après échec de cette thérapeutique conservatrice qu'on pourra envisager la dérivation des matières par anastomoses avec ou sans colectomie.

Le Président de la thèse,
HARTMANN

Le Doyen :
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Anatomie

Alglave. — Dispositions vicieuses du côlon ascendant provoquées par l'abaissement du rein droit. De leurs conséquences probables. De leur traitement rationnel (Rev. de Chir., 1904, 2e sem., p. 730).

Bricou. — De l'épiploon cystico-colique (Progrès méd., 1888, p. 27).

Buy. — Le côlon transverse (Thèse Toulouse, 1900-1901).

Cohan. — Recherches sur la situation du côlon transverse Th. Paris, 1898.

Descomps. — Epiploon et péricolite (Rev. de Chirurgie, 1916, p. 109).

— Les veines mésentériques (Journal de l'anatomie et de la physiologie, 1912, n° 4, juillet-août).

Ducatte. — Les ptoses du gros intestin et leurs complications chirurgicales (Etude anat. et critique). Th. Paris, 1899.

Fromont. — Anat. top. de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif. Th. Lille, 1890.

Milian. — Structure de l'épiploon du cobaye (Bull. Soc. Anat., mars 1904).

De Quervain. — Des positions anormales de l'intestin. Paris, 1901. Imprim. de la Semaine méd.

Robinson. — Académie des Sciences, 7 mars 1910.

Leveuf. — Le diverticule épiploïque droit chez le nouveau-né. Ses reliquats chez l'adulte (ligament et voile

péricolique) (Rev. de Chir., 10 janvier 1914, n° 1, p. 33).

PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE.

Alglave. — Contribution à l'étude des accidents provoqués par l'abaissement du rein droit au troisième degré (Ann. des mal. génito-urinaires, 1er janv. 1907).

— Recherches expérimentales sur l'exclusion, la résection du gros intestin et l'anastomose iléo-sigmoïdienne (Rev. de Gyn. et de Chir. abdominale, n° 1, fév. 1907).

— Mémoires présentés à la Société anatomique en fév. 1907 et avril 1910 (in titres et travaux scientifiques. Paris, 1910. Steinhel, éditeur).

Béclère et Mériel. — L'exploration radiographique dans les affections chirurgicales de l'estomac et de l'intestin (Arch. d'électricité médicale, 25 nov. 1912, p. 472-517).

Bernard (F.). — Rapports de la colite muco-membraneuse et de l'appendicite (XIVe Congrès de médecine. Madrid, 1903 et Bull. méd. 1903).

— Colite muco-membraneuse et appendicite, 1902, in-8°, 32 p.

Beurnier (L.). — Colite muco-membraneuse et appendicite au cours de cette maladie (Journal des Praticiens, Paris, 1900, XIV, 81-83).

Carles. — Sur quelques cas de dyspepsie appendiculaire (Journ. de méd. de Bordeaux, 1909, t. XXXIX, n° 16, 18 avril).

Cannon. — Les mouvements de l'intestin étudiés au moyen des rayons de Röntgen (American Journal of Phys., 1902, VI, p. 265).

Cannon et Blake. — Ann. Surg., 1905, t. XLI, p. 686.

Catz. — Traitement chirurgical des Colites (la Clinique, 1er sept., 8 sept., 15 sept. 1911).

Cavaillon et Delroye. — Le volvulus du cæcum (Rev. de Gyn., 1906).

Chalier. — Volvulus du cæcum (1 cas) (Soc. des Sciences méd. de Lyon, in Rev. de Chir., n° 1, 10 janv. 1912, p. 101).

Chapple. — Chronique intestinal stasis treated by short-circuiting or colectomy ; a brief study of the life histories of fifty cases (British med. journal, 22 avril 1911).

— A considération of some cases of advanced tubercular joints treated by ileo-colostomy With remarks by Dr. Distaso. Assistant to Professeur Metchnikoff (Lancet, 29 avril 1911. Berl. Klin. Woch., 1911, n° 17, p. 743).

Cheinisse. — Les appendicites fantômes et les fausses appendicites (Sem. méd., 1910, p. 3 à 6).

Cunéo. — Sur la typhlo-sigmoïdostomie (Bulletin de la Soc. de Chir., n° 22, 17 juin 1913. Séance du 11 juin, p. 911).

Debove, Achard, Castaigne. — Maladies du tube digestif, t. II.

Delbet. — Sur la typhlo-sigmoïdostomie (Bull. Soc. Chir., 19 juin 1913, n° 22. Séance du 11 juin, p. 911).

Delore et Alarmatine. — A propos de deux cas de sténose sus-cæcale avec péricolite membraneuse (Revue de Chir., n° 5, 10 mai 1912, p. 711-725).

Demoulin et Gérard-Marchand. — Sur les tumeurs inflammatoires de la région iléo-cæcale (Revue de Gyn., 1899).

Duroux. — Les torsions pathologiques du gros intestin et leur traitement chirurg. (Rev. de Gyn. et de Chirurgie abdominale, t. XIX, octobre et novembre 1912, n° 4 et 5, p. 319, 366, 475, 524).

Duval (Pierre). — Traitement chirurgical du cancer du côlon pelvien. Thèse de Paris, 1902.

— De la dilatation idiopatique du gros intestin, méga-côlon congénital : maladie de Hirschprung (Rev. de Chir., mars, avril, mai, 1903).

— Les résultats opératoires du traitement du méga-côlon

(Rev. de Chir. Paris 1909. t. XL, p. 506-521).
— A propos de la péricolite membraneuse (Arch. des Mal- de l'Appareil digestif, mai 1910, p. 252).
— Chirurg. du gros intestin (cancer excepté). Rapport au congrès français de Chirurgie, 1913.

Fischler. — Die typhlatonie (Dilatatio cæci als selbstandiges Krankheitsbild und ihre Bezeihungen zur appendicitis (Mitt aus den Grenzg der Méd. u Chir., 1909. Bd., XX, H. 4, p. 663).
— Ueber die typhlatonie (Münch. med. Woch, 6 juin 1911, p. 1235).

Gérard, Marchand, Dumoulin. — Sur les tumeurs inflamatoires de la région iléo-cæcale (Rev. de Gynéc. 1899).

Glénard. — Les ptoses viscérales 1900.

Gouget. — Cæcum mobile et appendicite chronique (Presse Méd. 5 nov. 1910, p. 829).

Grégoire, Duval. — Rapport de M. Picqué, 2 cas de méga-côlon traités par la colectomie (Bull. de la Soc. de Chir. 14 janvier 1913, p. 2. Séance du 8 janvier 1913).

Grisard (Alfred). — Contribution à l'étude de la stase intestinale chronique d'origine cæcale. Thèse de Lyon, 1912, 50 pages. A. Rey, imprimeur-éditeur.

Guillot (Le Havre.). — De l'iléo-sigmoïdostomie simple dans le traitement de la stase intestinale (Rapport de M. Souligoux, in Bull. Soc. de Chirurgie, 9 décembre 1913. Séance 5 décembre, p. 15-73).

Hartmann. — Constipation congénitale liée à une atrophie du côlon pelvien (Bull. Soc. de Chir., 2 oct. 1907, p. 971).
— Sur la typhlo-sigmoïdostomie (Bull. Soc. de Chir, 3 juin 1913. N° 20. Séances du 28 mai et 1er juillet 1913. Séance du 15 juin, p. 999).

Hauchamp et Klynens (Anvers) Mahaux (Bruxelles). — Atlas de Radiologie normale p. 256-257.

Hertz (Arthur.). — Constipation et troubles intestinaux qui s'y rattachent. Trad. française par Reboul. Masson et Cie, février 1912.

Jackson. — Membraneous pericolitis Surg. Gyn (And obst. sept. 1909, et in Sem méd., 1910, p. 54).

— Adhérences intestinales et ptose (Boston méd., and. surg. Journal, t. CLXVII, n° 11, 12 sept. 1912, p. 353-358 ; Journal Américan méd. Assoc. n° 9. Vol. LXI, 30 août 1913, p. 641).

Jordan (Alfred.). — Radiographic démonstration of Lane's iléal Kink (Practitioner, avril 1911).

Jalaguier. — Soc. de chirurgie 1900, p. 180.

— Traité de Chirurgie, Duplay et Reclus : article Appendicite.

Kloṣe (H). — Klinische und anatomische. Fragestellungen uber das cæcum mobile (Beitr. z. Klin, Chir. 1909. t. LXIII, p. 3). Die habituelle torsion des Mobilencæcums ein typisches Krankheitsbild (Münch, Méd. Woch, 15 février 1910).

— XL. Congrès allemand de Chirurgie Berlin 19-22 avril (in Zentralblatt). Das mobile cæcum mit seinen Folgzustanden und die chirurgische Béhandlung ptosischer Erkrankungen des Magendarmkanales (Beitr. z, Klin Chir., juillet 1911, p. 593-714).

Klose. — Le cæcum mobile, anatomie et clinique (Beiträge zur Klinichen, Chirur., t. LXIII, fasc. 3 juin. 1909, p. 711 à 740 ; Journal de chirurgie, août 1909, p. 195).

Lapeyre. — Résultats de l'intervention dans l'appendicite compliquant la colite muco-membraneuse (Gaz. med. du Centre. Tours, 1903, VIII, 17-19).

Lardennois. — Les ptoses du cæcum (Société anatomique de Paris, 6 mai 1910).

Legueu. — Clinique de l'hôpital Laënnec rapportée dans le journal des Praticiens, 1910, p. 709.

Lejars. — Typhlite et pérityphite (Semaine médicale, 1906, p. 217).

Le Play et Fabre. — Physiologie du péritoine. Le grand épiploon (Encyclopédie scientifique des aides-mémoire Léauté. Chez Masson. Paris, 1912).

Letulle. — Lésions de l'épiploon dans l'appendicite chronique (Bull. de Soc. anatomique de Paris, juillet 1899, p. 738).

Levrey. — Du rôle de l'épiploïte aiguë ou chronique (adhérences épiploïques) au cours des appendicites. Th. Paris, 1899.

Lignac. — Les mouvements rétrogrades du côlon ; leur étude radiologique (Presse médicale, 30 janvier 1919).

Lance. — Etude clinique sur l'exclusion de l'intestin. Thèse de doctorat. Paris, 1903. La résection du côlon dans la constipation (Gaz. des Hôp., n° 87, 2 août 1910, p. 1231).

Lardennois. — Les ptoses du cæcum (Presse médicale, t. XVIII, n° 45, p. 419-421, 4 juin 1910).

Lardennois et Okniczyc. — La typhlo-sigmoïdostomie en Y dans le traitement des colites rebelles et de la stase du gros intestin par péricolite membraneuse (Journal de chirurgie, mai 1913, n° 5, p. 538).

— Rapport de M. Hartmann, discussion de M. Monprofit (Bull. de la Soc. de Chir., 3 juin 1913, n° 20. Séance du 28 mai, p. 858).

Lejars (*F.*). — Les formes graves de la constipation et leur traitement chirurgical (Sem. méd., 1904, 419).

— La stase intestinale chronique (Sem. méd., 24 mai 1911, n° 21).

— La coudure iléale d'Arbuthnot Lane et la péricolite membraneuse de Jackson (Sem. méd., 6 décembre 1911, n° 49).

Lenormant. — Le volvulus du cæcum XXIII° Congrès de l'Association Française de chirurgie. Paris, 3-8 octobre 1910. Colites aiguës (Presse méd., 10 février 1912, n° 12).

Lêques (*Jean*). — **Contribution à l'étude des adhérences péricæcales et péricoliques. Les péricoliques membraneuses. Lyon-Valence, 1911. Ducros et Lombard, édit.**

Lane (Arbuthnot W.). — Movable Kidney (Clinical journal, juin 1901).

— On the operative treatment of the conditions of the large bowel Which résult from chronic constipation(Clin. journal. London, 1903-04, XXIII, p. 209-214).

— Operation for the mechanical obstruction of the large bowel resulting from chronic constipation (Med. Press. and. circ. London, 1904. N. S., p. 238).

— Opération fer chronique constipation and its résult (Med. Presse and Circ. Londres 1905. N. S., t. XXIX, p. 433).

— The operative, treatment of constipation (Int. clin. Philad., 1905, 14 S. iv.).

— The obstruction of the ileum Which développes in chronic intestinal stasis (Lancet, 1910-1913).

— The operative treatment of chronic constipation. London, 1909. Nisbet C° 70 p. in-8.

— The Kink of the ileum in chronic intestinal stasis. J. Nisbet and C° 1910, in-8.

— The first and last kink in chronic intestinal stasis (Communication à la Derby Med. Society, 17 oct. 1911 et Lancet, 2 décembre 1911).

Marre. — Les réactions générales d'origine colique, étude clinique. Thèse de Paris, décembre 1910.

Mauclaire. — Cæcoplicature et cæcopexie complémentaires de l'appendicectomie (Ar. gén. de Chir., 25 juin 1910).

— Epiploïte totale compliquant une salpingite (Arch. gén. de Chir., 1909, p. 917-222).

Milian. — Mobilité défensive de l'épiploon (Gaz. des Hôp., juillet 1899.

— Structure de l'épiploon du cobaye (Bull. Soc. Anat., mars 1904).

Mauclaire. — Clinique sur l'app. (Bull. méd. 30 sept. 1899; Gaz. des Hôp., 1904, n° 35. — Cæcoplicature et cæcopexie complém. (Arch. gén. Chir., 1910, n° 6).

Marre. — Les réactions générales d'origine colique (étude clinique). Thèse de Paris, décembre 1910.

Mauclaire. — Cœcoplicature et cæcopexie complémentaires de l'appendicectomie (Arch. gén. de Chir., 25 juin 1910, n° 6).

— Epiploïte totale compliquant une salpingite (Arch. gén. de Chir., 1909, p. 917, 922).

— Sur la typhlo-sigmoïdostomie en Y (Bulletin Soc. Chir., 24 juin 1913. Séance du 18 juin, p. 952).

Montprofit. — Chirurgie du gros intestin. Paris, 1904.

— De la cæco-sigmoïdostomie, XXII (Congrès de l'Ass. française de Chirurgie, 1909, t. II, p. 577; Société de Chirurgie de Paris. Séance du 28 mai 1913, p. 871).

Morestin. — Dilatation idiopatique du côlon et du rectum (Bull. de la Soc. de Chir., 22 mars 1910, n° 10, p. 362, 365. — Constipation invétérée traitée par l'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion du côté cæcal (Bull. de la Soc. de Chir., 14 juin 1910, n° 20, p. 681).

Mosetig Moorhof. — Technique de la colectomie (Revue de gynéc., 1897, p. 1031).

Nimier. — Des épiploïtes dans l'appendicite (Bull. et mém. Soc. Chir. Paris, 1900, XXVI, 131).

Patel. — Sigmoïdite et périsigmoïdite (Affections inflammatoires simples de l'S iliaque (Rev. de Chir., 1907, t. II, p. 420).

— Mégacôlon (Rapport au VI[e] Congrès national de Gyn., d'Obst. et de Péd. Toulouse, 22 et 27 sept. 1910).

Patel. — Chirurgie du gros intestin (cancer excepté). Rapport au Congrès Français de Chirurgie. Paris, 1913.

Pauchet (d'Amiens). — Traitement du mégacôlon, 6 observations personnelles (Bull. de la Soc. de Chir., 17 déc. 1912, p. 1486. Séance du 11 décembre).

— Résection du gros intestin pour constipation (Société Méd. de Picardie, janvier 1913).

— Traitement de la stase intestinale chronique, 33 anostomoses, 3 résections du gros intestin (Bull. de la

Soc. de Chir. de Paris, 22 juillet 1913, n° 27. Séance du 16 juillet 1913, p. 1144).

Perdoux. — Constipation chronique et son traitement chirurg. (Arch. Méd. de Chir. de Province, mai 1913).

Pothérat. — Péricolite sténosante adhésive (Société de Chir., 20 juin 1906).

Rey. — Appendicite chronique avec cæcum mobile et brides congénitales (Soc. des Sciences méd. de Lyon. Séance du 1er mai 1912, p. 244).

Reynier. — Valeur séméiologique d'un point douloureux dans l'hypocondre gauche, symptomatique de ptose du gros intestin (Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. et de Chir. pratiques. Séance du 1er février 1900, p. 56). — Sur la ptose du côlon transverse (Bull. Soc. Chir. Séance, 23 avril 1902, p. 481).

Roux (de Lausanne). — Congrès Français de Chirurgie, 1r octobre 1912.

Rastouil. — Appendicite chronique. Thèse de Paris, 1900-1901, n° 223.

Roger. — Rôle protecteur de l'épiploon (Soc. Biologie, février 1898).

Roucairol. — Thèse Montpellier, 1908, inspirée par Tevenat.

Roussiel (Marc). — Contribution à l'étude de la physiologie normale et pathologique du péritoine. Bruxelles, 1911.

Roux. — Adhérences péricæcales et péricoliques, in pathologie gastro-intestinale. Mathieux et Roux, 3e série, 1911. Octave Doin.

— Constipation cæcale entretenue par des adhérences au niveau de l'angle droit du côlon (Archives des malades de l'appareil digestif et de la nutrition, t. IV, n° 5, mai 1910).

Schwartz. — Douleurs appendiculaires et rénales (Progrès médical, 1910, n° 37, 10 sept.).

Silhol. — Diagnostic de l'appendicite chronique (Rapport au

XXIVe Congrès Français de chirurgie. Paris, oct. 1911.

Simon. — Réaction épiploïque à la suite d'injections expérimentales de toxine ou de sérum diphtériques (Société anatomique, juillet 1903, p. 579).

— Le rôle de l'épiploon au cours des infections générales (Presse Médicale, 17 oct. 1903).

Stierlin. — Das cæeum mobile als Ursache Manchner Fälle von sog. chronischer. Appendicitis und die Erfolge des cæcopexie (Deutsche Zeitschrift chir., 1910, t. CVI).

Sorrel.—La stase intestinale chronique, thèse de Paris, 1914.

Silhol. — Rapport, Congrès Chir.. 1911. App. et vers intest. (Com., médic. des Bouches-du-Rhône, 3 et 10 nov. 1905).

Segond. — Traitement chirurgical des colites chroniques (Rapport au IIIe Congrès de la Soc. internationale de Chir. Bruxelles, sept. 1911).

Silhol. — Rapport (Congrès Français de Chir., 1911).

Tavel. — Péricolite cicatricielle post-opératoire (Congrès Français de Chirurgie, 1903, et Revue Méd. de la Suisse romande, 1904, n° 1).

Tripier et Paviot. — Encyclopédie Léauté, 1903. La péritonite sous hépatique d'origine vésiculaire. Pathogénie de la colique hépatique et des crises douloureuses épigastriques (Semaine médicale, 1903, p. 23) et pathogénie péritonitique de la crise appendiculaire (Arch. gén. de médecine, juillet 1899).

Tuffier et Aubourg. — Exploration radiologique du gros intestin par le lavement bismusthé (Soc. de Chir. 22 mars 1911).

Tavel. — Péricolique cicatricielle post-appendicite (Revue médic. Suisse Romande, 1904, n° 1).

Tuffier et Jeanne. — Contribution à l'étude de l'App. (Revue de Gynécol. et de Chir. abdom., 10 juin 1899).

Walther. — A propos de brides développées autour du côlon

descendant (Société de Chir. 1902), Congrès Français de Chir., 1911).

— Société de Chirurgie, mars 1899 ; ibid, février et mars, juillet, 1900, p. 157, 180 et 822 ; *c*) ibid, 1902, p. 739, épiploïtes ; *d*) ibid, 2 février 1904 (appendicalgie), p. 242 ; *e*) ibid, 1905, p. 274, 354, 396, 510 (trichocéphales ; *f*) ibid, 1906, p. 58 ; *h*) ibid, 27 mars 1907, p. 349 ; *h*. ibid, 28 décembre 1910 ; *i*) App. à manifestations thoraciques (Société Méd. des Hôp. mars 1911) ; Congrès Franç. de Chir. 1898, 1906, 1908 ; épiploïtes. Rapp. au Cong. Franç. de Chirurgie. 1911 (Traitement) ; *l*) Congrès de Chir., 1912 (diagn. des adhér. p. la radioscopie) ; *m*) ibid (App. a gauche) ; *n*) Des troubles digestifs de l'App. chron. Rôle de l'infection et des épiploïtes (Journal des Praticiens, mai, 1900).

Walther. — Sur une forme d'appendicite chronique : appendicite avec adhérences épiploïques (XII[e] Congrès Français de Chirurgie, 1898, p. 339).

— Des troubles digestifs dans l'appendicite chronique. Rôle de l'infection et des épiploïtes (Soc. de Chir., 1900, p. 254).

— Appendicite chronique et épiploïtes (Soc. de Chir., 1900, p. 180 ; 1900, p. 824 ; 1902, p. 739 ; 1905, p. 274 ; 1905, p. 354 ; 1905, p. 396 ; 1905, p. 510).

— Congrès de Buda-Pest. 1909.

— Epiploïte ayant continué d'évoluer après l'ablation de l'appendice (Soc. de Chir. de Paris, 28 déc. 1910).

— Traitement de l'appendicite chronique (Rapport au XXIV[e] Congrès Français de Chirurgie. Paris, oct. 1911).

Weil (Mlle Marguerite). — Points douloureux abdominaux et des erreurs de diagnostic qu'ils comportent (Thèse de Paris, 1911, n° 274).

Wilms. — Le cæcum mobile comme cause de beaucoup de cas de soi-disante appendicite chronique (Deutsch. méd. Woch., 8 oct. 1908, p. 1756).

— Fixation du cæcum mobile dans les cas de soi-disante appendicite chronique (J. Zentralblatt. f. Chir., 1908, n° 37).
— Deutsch. méd. Woch, 1909, n° 41.
— Appendicite chronique et cæcum mobile. Spasme atonie et dilatation du cæcum (Arch. f. Klin. chir. t. XCV. Fasc. 3, juillet 1911, p. 581-594).

TABLE DES MATIÈRES

Pages

